
UNIVERSITE DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008- 2009

N°/

Thèse

**EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS
PRENATALES AU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE II DE NIAMAKORO (ANIASCO)
EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 03 Décembre 2008

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

par :

Mr LAMINE SOULEYMANE DEMBELE

pour obtenir le Grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Professeur MAMADOU M. KEITA

MEMBRES : Docteur BOUBACAR TRAORE

CO- DIRECTEUR : Docteur YOUSOUF TRAORE

DIRECTEUR de thèse : Professeur AMADOU INGRE DOLO

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

**Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine.
AMEN**

ALLAH

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins ;

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donnes à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donnes à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donnes à mon esprit le désir de partager ;

Donnes –moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

AMEN !

A la mémoire de ma mère feu Moussokoro Sogoba :

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui, j'aurai souhaité que tu sois là mais le destin en a décidé autrement. Que ton âme repose en paix.

A la mémoire de mon grand père :

Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments. Je n'oublierai jamais l'éducation de base que tu m'as donné, j'aurai tant souhaité que tu sois là mais le seigneur a décidé autrement. Dors en paix.

A ma tante Baniere Sogoba :

Tu m'as donné, me donnes et donneras toujours tout ce qu'une mère peut pour sa fille. Reçois à travers ces mots toute mon affection et ma reconnaissance. Qu' Allah t'accorde longue vie et santé pour goûter aux fruits de tes bienfaits.

A mon cher papa Souleymane Dembélé:

Nuls tes efforts conjugués mon rêve n'allait pas être une réalité. Reçois toute mon affection, ce travail est le tien. Qu'Allah t'accorde longue vie, bonheur et santé pour goûter aux fruits de l'arbre dont tu as planté.

A ma grand-mère feu kounadia Dembélé dite Awa:

Que la terre te soit légère ; AMEN !

A ma grand-mère Fatoumata Dembélé dite Djouaba:

Que le Clément et Miséricordieux t'accorde une santé de fer, soit-il !

A mes tantes et oncles du côté maternel ainsi que paternel :

Il m'est impossible ici de traduire tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos soutiens moral, financier et matériel ce parcours n'aurait pu être réalisé. Recevez toutes et tous ma gratitude.

A mes frères et sœurs :

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection. Courage car le chemin de la réussite est laborieux, que la grâce du tout puissant vous accompagne.

A mes cousines et cousins :

Votre courtoisie n'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout coeur.

A toute la population de Dieli Sikorosso:

Merci pour tous

A tous mes maîtres du premier cycle, du second cycle et du lycée :

Merci pour la qualité de votre formation.

A tous les professeurs de la FMPOS :

Merci pour la qualité de l'encadrement.

A Dr TRAORE Boubacar :

Vous avez été plus qu'un chef de service pour moi mais un père. Merci pour tout.

A mon épouse ALIMA KONE.

Les mots me manquent ; Que la volonté de DIEU soit faite.

A Dr DJEDI KABA DIAKITE:

Merci pour ton soutien moral et financier

REMERCIEMENTS

A la famille Dembele (San,Sikorosso,Sanso,Segou,Bamako).

Votre soutien a beaucoup contribué à ma réussite. Je vous dit merci pour tout.

A la famille kone (Koutiala, Ségou, San, Bamako)

C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur.

Aux familles (COULIBALY, SIDIBE, DIALLO, DIAKITE, SANGARE, TRAORE, DIARRA, KONE). Aucun mot ne traduirait ce que je ressens pour vous. Merci pour tout.

A mes amies d'enfance, les citoyens

Je garde de vous un heureux souvenir.

A mon ami Modibo Tangara.

Je te souhaite heureux ménage !

A mes amis (es).

Soungo Diarra, Madane Tangara, Issa Yarre, Sidiki tangara, Yacouba kone, Lassine kone, Fatoumata yéyé, Soumatene Traoré, Diakaridia Zigme , Yaya Diarra . Vous avez été toujours à mes côtés au moment opportun. Je n'oublierai jamais ces temps durs de mon existence.

Je vous souhaite une très bonne carrière. Merci pour tout.

A tous les internes de la commune VI.

Moutaga KANE,Mamadou TEMBELY,Babou Traoré, Lamine Camara,Ousseyni Minta, Moussa Sanogo, Souleymane Sanogo, Sanogo Sidiki, Souleymane SIDIBE, Aïchata DEMBELE, Yacouba BAGAYOGO et Daouda SAMAKE.

Merci pour tout.

A mes aînés.

Dr DIASSANA, Dr CISSE, Dr COULIBALY, Dr SANGARE ,Dr DICKO , Dr Sidibé , Dr Diancoumba, Dr Diassana B, Dr karambery,Dr Touré, Dr Kounkoulba, Dr SAMAKE Daouda.

Merci pour tout.

Aux Docteurs :

Dr TRAORE Ami CISSE, Dr KEITA Sylvain, Dr SIDIBE, Dr DAO, Dr SINAYOKO, Dr DIALLO, Dr KONE Oumou TRAORE , Dr Coulibaly Pierre , Dr Maman SY, Dr Coulibaly Sidiki.

Vous nous avez rendu le séjour agréable au sein de la commune VI. Recevez tous, ma gratitude.

A monsieur DEMBELE SIDI:

Votre contribution a été très grande pour la réalisation de ce travail. Merci pour tout.

A tout le personnel de la commune VI : Merci pour tout.

A Dr COULIBALY Pierre Makan :

Que la grâce du tout puissant t'accompagne !

Aux C.E.S.

Dr TRAORE ABDOUL KARIM TRAORE, Dr KEITA Mamadou, Dr TRAORE SEYDOU Z, Dr Fane, Dr Kone.

Qu'ALLAH le tout puissant vous accompagne tout au long de votre carrière ; AMEN.

A Docteur MALLE ABDOU :

Que les vœux soient exhaussés, Amen !

**A L' A. S. E. C. S. S: (ASSOCIATION EN SANTE DES ETUDIANTS
RESSORTISSANTS DU CERCLE DE SAN ET SYMPATISANTS)**

Courage et bonne chance pour la réalisation de nos projets pour le développement du cercle.

A tout le personnel de la CLINIQUE KABALA.

Recevez tous, ma gratitude.

A tout le personnel de l'ANIASCO

Merci pour tout.

A tout le personnel de l'ASACONIA

Merci pour tout

A toute main invisible de près ou de loin ayant contribué à la réalisation de ce rêve.

Merci infiniment.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury :

Professeur MAMADOU MAROUF KEITA

- **Professeur Honoraire de pédiatrie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie ;**
- **Président du comite d’éthique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie ;**
- **Présidente de l’association malienne de pédiatrie ;**
- **Président de l’association malienne des villages d’enfants SOS (VSOS) du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dynamisme, l’étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectée et respectable, votre exemple restera une tâche d’huile.

Trouvez ici cher Maître, l’expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur AMADOU INGRE DOLO

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie ;**
- **Chef de service de Gynécologie et Obstétrique**
- Président fondateur de la société malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**
- Secrétaire général de la société africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO)**
- Président de la cellule malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités, professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et CO - DIRECTEUR DE THESE :
Docteur YOUSOUF TRAORE

- **Gynécologue - Obstétricien ;**
- **Chargé de la prévention de la transmission Mere-Enfant du VIH (sida). (PTEME)**
- **au service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- **-Secrétaire de la société malienne de Gynécologie et Obstétrique. (SOMAGO)**

Cher Maître nous sommes très honorés d'avoir bénéficié votre apport pour la réalisation de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue font de vous un homme exemplaire.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.
Croyez ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et JUGE :
Docteur Bouacar TRAORE**

- Gynécologue - Obstétricien**
- Médecin-Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.**

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés nous avons appris à aimer la Gynéco-Obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans limites et toujours d'actualité, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.
Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant Solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANIASCO : Association Santé Communautaire de Niamakoro
ATCD : Antécédent
ARV : Anti Retro-Viraux
BCF : **Battement** Cardiaque Fœtal
BGR : Bassin Généralement Rétréci
BHCG : Bêta Hormone Chorionique Gonadotrophine
BW : Bordet Wassermann
CAT : Conduite A Tenir
CCC : Communication pour le changement de comportement
Cm : Centimètre
CHL : Chloroquine
CMIE : Centre Médicale Inter Entreprise
CSREF : Centre de Santé de Référence
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CPN : Consultations Prénatales
DDR : Date des Dernières Règles.
DPA : Date Probable d'Accouchement
DEAP : Département d' Epidémiologie et des Affections Parasitaires
ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines
FER AC : Fer+Acide folique
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
FOSG : Fiche Opérationnelle de Suivi de la Grossesse
GEU : Grossesse Extra Utérine
Grs : Grammes
HU : Hauteur Utérine
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IO : Infirmière Obstétricienne
IEC : Information Education Communication
MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

mms : Millimètres

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RDV : Rendez-vous

RPMM : Réseau de Prévention de la Mortalité maternelle du Mali

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

SP : Soins Prénatals

SPF : Soins Prénatals Focalisés

TA : Tension Artérielle

TE : Test d'Emmel

VACC : Vaccination

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
II. Objectifs.....	4
III. Généralités.....	6
IV. Méthodologie.....	27
V. Résultats.....	34
VI. Commentaires et discussions.....	56
VII. Conclusion et Recommandation.....	67
VIII. Références.....	71
IX. Annexes.....	76

I. INTRODUCTION

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

La grossesse est un évènement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse.

L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir.

Chaque année dans le monde, pour plus de trente millions de femmes, la grossesse et l'accouchement sont synonymes de souffrances, de problèmes de santé ou de décès **[18]**.

En plus un demi (1/2) millions de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et l'accouchement dont 99% dans les pays en voie de développement. Chaque jour, au moins 1600 femmes environs meurent suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement à travers le monde, soit un décès par minute ce qui représentent 585 000 décès maternel par an **[18]**.

Le risque de décès maternel calculé sur toute la durée de la vie est de 1/ 16 en Afrique Sud Saharienne contre 1/ 60 en Amérique latine et 1/ 400 en Europe occidentale **[18]**.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM IV) réalisée en 2006, le taux de mortalité maternel était de 462 sur 100.000 naissances vivantes. Autrement dit au Mali une femme court un risque de 1/24 de décès pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement ou dans les suites de couches **[7]**.

L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse **[16]**.

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes enceintes (99%) reçoivent les soins prénatals de qualité, tant disque dans les pays en développement elles ne sont que 1% **[22]**.

Le 10 décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que leurs renforcements et leurs redynamisations) **[25]**.

Par la suite, en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) dont « les soins prénatals de qualité » en est l'une des composantes **[1]**.

Selon ce concept, la qualité dans les soins consiste à appliquer les sciences de technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

Au Mali la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals a augmenté depuis 2001, variant de 58% à 70%.

En milieu rural 48% des femmes avaient reçu des soins prénatals en 2001 contre 64% en 2006.

En milieu urbain 87% des femmes avaient des soins prénatals dispensés par du personnel formé **[7]**.

En effet, Les soins prénatals de bonne qualité contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-foetale **[21]**.

La CPN reste une activité très fréquentée à un impact sur le taux de mortalité maternelle de part son action préventive.

Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPN au Mali.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur ce thème dans plusieurs structures sanitaires du Mali **[2, 11, 13, 14, 15, 16, 28]**.

Mais aucune n'a été réalisée dans le Centre de Santé Communautaire II de Niamakoro, d'où ce travail dont les objectifs ont été :

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Evaluer la qualité des consultations prénatales au niveau du Centre de Santé Communautaire II de Niamakoro: ANIASCO

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN dans le Centre de Santé Communautaire II de Niamakoro:ANIASCO
- Déterminer le niveau de performance des prestataires de consultation prénatale.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des gestantes.

III. GENERALITES

I-GENERALITES :

1- Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé politique 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 avait de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants.

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

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

Au cours du XXe 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 **[2]**.

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

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

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

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966, puis dans les pays anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll., Lacronique Armogathe et Weil.

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [5].

2. Définitions :

2.1 L'évaluation :

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

2.2 La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [6].

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

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

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

- l'autonomisation [6]

2.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

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

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

*Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [5].

2.4 Politique et normes des services :

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

2.4 Normes :

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

2.5 Les procédures :

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

2.6 La grossesse :

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

2.7 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. [5]

2.8 Grossesse à haut risque :

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

2.9 La maternité sans risque :

C'est crée des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, elle 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. [1]

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse. [1]

2.10 La mortalité maternelle:

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42jours 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.

2.11 Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

2.12 L'aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire. [9].

2.13 La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources. [9].

2.14 Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations. [9].

2.15 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. [3].

2.16 Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence. [5].

3. les aspects techniques de la consultation prénatale :

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

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

Le diagnostic de la grossesse est très facile même dans les deux premières semaines.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [13].

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains;
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé ;

- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence

3.1 Les moyens techniques utilisés aux différentes périodes de la grossesse.

1.1 La première CPN :

Elle doit être faite pendant le premier trimestre de la grossesse.

Elle comporte les temps suivants :

1.1.1 L'interrogatoire des femmes enceintes :

Cet interrogatoire doit respecter des règles de confidentialités et discrétion, afin que la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions.

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

- le début de la grossesse (date des dernières règles) ;
- les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du premier mois. Il s'agit : des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorisme abdominal, d'irritabilité et de fatigue.
- les antécédents :
 - ° Médicaux : toute anomalie antérieure à la grossesse, mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle : HTA, cardiopathie, diabète, infection urinaire, asthme.
 - ° Familiaux : en particulier les maladies héréditaires (drépanocytose, asthme, diabète..).
 - ° Chirurgicaux : utérus cicatriciel, traumatisme ou intervention sur le petit bassin.
 - ° Obstétricaux : il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, de stérilité, des grossesses antérieures et leur déroulement (menace d'accouchement, prématurité, HTA, etc) et de la modalité au cours de l'accouchement (terme à l'accouchement, travail spontané ou déclenché, durée du travail, épisiotomie, forceps, césarienne, complication de la délivrance), poids des enfants à la naissance et pathologies du nouveau-né ;
 - ° Les antécédents de maladies : diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie, etc.

- ° Les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire, etc.
- ° La nature, l'intensité et les horaires du travail.

1.1.2 Examen physique :

L'examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire.

Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, toucher vaginal et l'examen au spéculum)

1.1.3 Examens complémentaires :

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [6], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- le groupe sanguin et rhésus ;
- la recherche des albumines et sucres dans les urines ;
- le BW
- le test d'EMMEL
- sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose ; plus ou moins la recherche de la syphilis (VDRL, TPHA), et la sérologie du SIDA qui n'est pas obligatoire.

Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite ultérieure à tenir.

1.2 La deuxième CPN :

Elle est faite pendant le deuxième trimestre.

A ce stade de la grossesse, le médecin et la sage femme ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptyalisme, le pyrosis.

Vers 22SA lors de la première grossesse et plus tôt pour les suivantes. L'activité cardiaque fœtale est contrôlée à chaque examen par les ultrasons, mais avec le stéthoscope, les bruits du cœur n'étaient audibles qu'à partir de 24SA.

1.2.1 L'interrogatoire : va rechercher les éléments nouveaux, les éventuels risques menaçant et la mère et le fœtus.

1.2.2 L'examen:

Mesure de la hauteur utérine ; le reste est le même qu'au premier trimestre. Cependant, le toucher vaginal doit être fait avec minutie et précision (le col et ses modifications), en effet c'est au cours du deuxième trimestre que peuvent déjà survenir les menaces d'interruption de grossesse, notamment par béance du col.

Lors de chaque examen qui devra être répété chaque mois, seront contrôlées la prise du poids ne doit pas dépasser 2kg par mois à ce stade, la mesure de la tension artérielle (doit rester inférieure à 140/90mmhg). On recherchera le sucre et l'albumine dans les urines, les anticorps immuns si la femme est Rhésus négatif.

Une échographie de principe sera demandée entre 19 et 21SA dans le but essentiel de reconnaître les anomalies morphologiques qui pourraient conduire à interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

L'intérêt des CPN à cette période est la recherche des facteurs de risque et la mise en œuvre sans plus tarder de leur traitement préventif ou déjà curatif.

1.3 LE DEPISTAGE DES GROSSESSES A RISQUE

1.3.1 Les facteurs de risque :

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

-Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en trois catégories :

- ° Les facteurs de risques présents avant même la grossesse.
- ° Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse.
- ° Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.

1.3.2 Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse : Ce sont :

.L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans ; Taille : inférieur à 1,50m

.La multiparité supérieure à 6 ; Le niveau d'alphabétisation

.Le statut matrimonial ; Les conditions socio-économiques de basses ; poids inférieur à 40 kg ; les travaux intenses ;

.L'intervalle inter gènesique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra-utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle,)

.Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

1.3.3 Les facteurs de risque au cours de la grossesse : Ce sont :

La métrorragie, l'HTA, la toxémie ou la pré éclampsie, les infections, le paludisme+++, l'anémie, la malnutrition, les grossesses multiples, les présentations vicieuses, l'éclampsie....

1.3.4 Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement :

Eclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta prævia, rupture utérine, souffrance fœtale.

1.4 POUR LES CONSULTATIONS ULTERIEURES :

1.4.1 Interrogatoire : précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes des pathologies intercurrentes.

1.4.2 Examen physique : il sera complété par la recherche des oedèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

1.4.3 Examen au neuvième mois : il faut évaluer les modalités de l'accouchement. L'examen général recherche les éléments cités précédemment.

1.4.4 Examens complémentaires : sont identiques à ceux de la première consultation.

Les examens, sont orientés selon la pathologie décelée au cours de la CPN.

Le nombre d'échographie sera augmenté en cas de grossesses gémellaire, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pour évaluer les mensurations fœtales) ;

1.5 SURVEILLANCE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS :

La grossesse pendant cette période sera surveillée comme précédemment. C'est au cours de ces dernières consultations que le pronostic de l'accouchement sera porté.

3 .2 CONSULTATION PRENATALE RECENTREE

3 .2.1 CONCEPT :

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

Elles reconnaissent que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats 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.

Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent. [2]

3.2.2 CONDITION ET PRINCIPE DE LA CPN RECENTREE:

✓ **Conditions** : Ce sont:

- Un prestataire qualifié.
- L'éducation sanitaire.

✓ **Principes** : Ce sont:

- La détection et le traitement précoce des complications de la grossesse.
- La promotion des moustiquaires imprégnées.
- L'utilisation de la SP pour la chimioprophylaxie.
- La préparation à l'accouchement.

La consultation prénatale recentrée programme au moins quatre visites au cours de la grossesse.

- Première visite: Avant 14^e semaine d'aménorrhée, ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- Deuxième visite: entre la 15^e et la 27^e semaines ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite: entre 28^e à 34^e semaines.
- Quatrième visites: au 36^e semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire de Niamakoro II en Commune VI du District de Bamako.

1-1- Présentation du CSCOM II de Niamakoro:

- **Historique :** le CSCOM II de Niamakoro a été créé en 1992 avec l'avènement des ASACO dans le cadre de la politique sectorielle de santé du Mali. L'inauguration officielle n'a pas encore été faite.

De 1993 à 2007, grâce aux dynamismes des membres des instances dirigeantes de l'ASACO, le CSCOM a subi une véritable métamorphose avec.

- En 1995 le branchement du centre au réseau d'eau potable d'EDM (Energie du Mali) et l'installation du réseau électrique solaire en vue de son éclairage.
- En 2007 la construction d'un laboratoire d'analyse biomédicale et la réhabilitation des bâtiments existants, avec la construction d'un nouveau bureau pour la consultation.

Toutes ses réalisations ont été faites par l'ASACO et l'état malien.

1.2. Le Personnel du CSCOMII de Niamakoro se compose de :

- Un médecin généraliste, un contractuel de l'ASACO.
- Un infirmier d'état contractuel de l'ASACO.
- Trois infirmières contractuelles
- Deux infirmières obstétriciennes toutes contractuelles de l'ASACO.
- Une sage femme fonctionnaire de l'état.
- Une gérante de pharmacie contractuelle ASACO.
- Un gestionnaire contractuel ASACO.
- Une matrone contractuelle ASACO.
- Une laborantine contractuelle ASACO.
- Un gardien contractuel ASACO

- Un manœuvre contractuel ASACO.

1.3. Les organes administratifs et de gestion de l'ASACO sont :

- Le Conseil d'Administration composé de membres élus en assemblée générale pour un mandat de 5 ans ;
- Le comité de gestion constitué de 5 membres ;
- Le Comité de surveillance
- Et le conseil de gestion qui se réunit tous les 6 mois.

1.4. Les locaux et équipements du centre:

Le CSCOM de NIAMAKORO est sans clôture. Il est constitué de : une salle de consultation médicale, une maternité, une salle de soins (pansements, sutures et injections), une salle de perfusion, un laboratoire d'analyse biomédicale, un dépôt de médicament.

A l'entrée à gauche nous avons un premier bâtiment qui abrite l'infirmierie, la pharmacie et le bureau du gestionnaire. Ensuite un second bâtiment pour le bureau de consultation du médecin. A droite de l'entrée nous avons trois chambres contiguës faites respectivement pour un laboratoire d'analyse biomédical qui est bien fonctionnel.

A droite une unité de CPN constituée de deux chambres la première pour la sage femme et la seconde chambre pour l'examen physique. Entre la salle d'accouchement et l'unité de CPN nous avons une salle d'attente et une salle de perfusion.

A droite nous avons trois toilettes et un robinet.

Une salle pour le gardien et les panneaux solaires.

A droite de la cour nous avons un hangar en tôle pour le pesé des enfants, et un puit à grand diamètre.

1.5. Composition des unités : le CSCOM II de Niamakoro comprend :

1.5. 1. Une Salle de consultation du médecin qui comprend :

Un bureau, quatre chaises, une table de consultation, un paravent, un lavabo, un ventilateur, un registre, un tensiomètre, un thermomètre, une poubelle, une pèse personne, une véranda contenant trois tables bancs.

1.5.2. Une maternité comportant :

- **Une unité de CPN :** un bureau pour la sage femme, quatre chaises, un paravent, un lavabo, un armoire pour les registres et autres

documents, une lampe baladeuse, un ventilateur, une poubelle, une pèse personne, un sceau de décontamination, une poubelle, une boîte à spéculum, un tensiomètre, deux mètres rubans, un stéthoscope de pinard, un tableau d'affichage.

Et une salle d'attente comprenant quatre tables bancs, salle bien aérée.

- **Une salle d'accouchement comportant :** Une salle d'attente avec trois lits et salle d'accouchement proprement dite avec deux lits, un paravent, deux ventilateurs, une poubelle, un sceau de décontamination, un lavabo, une boîte d'accouchement deux ampoules électriques, une montre sur le mur,

1.5.3. Une salle de soins (pansements, sutures, injections) qui contient :

Une boîte à pansement, une poubelle, une table de soin, un tabouret d'injection, un ventilateur, deux ampoules électriques.

- Une salle de perfusion comportant :

Quatre lits, quatre potences, et une table roulante deux ampoules électriques.

1.5.4. Un laboratoire d'analyse biomédical contenant :

Des produits chimiques, Deux réfrigérateurs, un microscope électrique, une montre à grand diamètre, deux ventilateurs, deux ampoules électriques, trois tables bancs.

1.5.5. Un dépôt de médicament comportant :

Des médicaments disposés en étagère, deux chaises, pas de vitres, deux ampoules électriques.

En outre, l'éclairage est assuré par le réseau public

L'approvisionnement en eau est assuré par l'énergie du Mali, et Un puit à grand diamètre

Le centre dispose trois latrines.

Il existe un téléphone au niveau de la consultation du médecin.

L'élimination des déchets se fait par brûlure.

Le système de tarification pour les consultations prénatales se présente comme suit : 500 Fcfa pour le carnet, et 500 Fcfa pour la consultation prénatale.

Le carnet de vaccination coûte 100 Fcfa donc un coût total de 1100 Fcfa pendant toute la période des CPN.

Dans la pharmacie du centre, on trouve des médicaments en D.C.I. dont la source d'approvisionnement est la PPM (pharmacie populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

Le centre ne dispose pas ambulance qui sert à transporter les malades d'urgents vers d'autres structures sanitaires.

1.6. Organisation et fonctionnement :

Chaque jour, du lundi au vendredi les activités du centre commencent à partir de huit heures. Elles sont assurées par le personnel. La consultation du médecin commence de huit heures à seize heures. Les CPN ont lieu tous les lundis, les mardis, et les vendredis. Elles commencent par la prise des constantes (la TA, le poids, la taille) et le remplissage des carnets de grossesse ensuite la sage femme tient une séance de communication pour le changement de comportement (CCC) avant les examens physiques proprement dits.

Les vaccinations des enfants et les femmes enceintes ainsi que les pesés des enfants ont eu lieux tous les lundis et les vendredis. Le dépistage du VIH/SIDA se déroule tous les jours. Toutes ces activités sont assurées par la sage femme, les infirmières obstétriciennes, et les aides soignantes.

La permanence dans ce centre est assurée par l'équipe de garde composé de :

- Un étudiant en médecine ou un infirmier de garde pour les consultations et les soins;
- Une sage femme ou infirmière et une matrone pour les accouchements.
- Un gardien.

Cette équipe travaille sous la supervision du médecin chef qui habite dans le quartier.

Les médicaments de garde sont gérés par l'équipe de maternité.

2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 2 janvier 2007 au 31 Mars 2007 soit une période de trois mois.

3. Type d'étude :

L'étude étant qualitative, elle a porté sur 200 cas de CPN effectués pendant la période d'étude. Elle a été inspirée du postulat d'Adevis DONABEDIAN [6] sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4. Critères de jugement :

Ils ont été faits sur la base des documents suivants :

- Politique sectorielle de santé au Mali;
- Politique des normes et procédures en CPN au Mali. [8]

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude,

- toutes les gestantes venues à la consultation durant notre période d'étude.
- Le personnel ayant assuré la CPN.

5.2. Critères 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.
- Les personnels n'ayant pas assuré la CPN.

5.3. Technique et déroulement de l'échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons recruté 200 gestantes qui se sont présentées au CSCOM de Niamakoro 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 isolément pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues.

6. Collecte des données :

Elle a été faite à partir des questionnaires individuels dont un pour :

- l'étude de la structure sanitaire.

- l'opinion des gestantes.
- l'observation des consultations prénatales.

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

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

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

7. Population d'étude : Il s'agit :

- Du personnel chargé de la CPN
- Des gestantes ayant fréquenté le centre au cours de la période d'étude.
- De la structure du Centre de Santé Communautaire de NIAMAKORO.

7.1. Les variables étudiées :

7.1.1. Sur la structure :

Pour étudier le niveau de qualité des centres 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 clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour

L'orientation dans le centre)

- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination) ;
- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;

- La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel) ;
- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté) ;
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles) ;
- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

7.1.2. Sur les procédures de la CPN :

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

- Identification de la consultante ;
- Identification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- Accueil et langue de communication ;
- L'interrogatoire
- L'examen physique ;
- La demande des examens complémentaires : groupage sanguins rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (pour la syphilis), test de l'urine à la recherche d'albumine sucre, échographie.
- Le respect de l'hygiène au cours de la grossesse : travail ménager, alimentations, 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 ;
- Les facteurs de risque ;
- La référence en cas de nécessité;
- Le rendez-vous ;
- L'enregistrement des données de la gestantes.

7.1.3. Sur l'opinion des gestantes :

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

Les paramètres étudiés 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 nature 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.

8. La procédure de l'enquête :

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

- Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.
- L'opinion des gestantes a été demandée à la sortie de la salle de consultation après l'observation.

9. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI info 2000 versions françaises.

10. Niveau de qualité de la structure :

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

- Les normes architecturales :
 - Le Matériaux de construction
 - Etat du local ;
 - Système de protection (contre la poussière) et la clôture.
- Le dispositif en place pour l'accueil :

- L'existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;
- La présence et la qualification du personnel chargé 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
 - Equipement ;
 - Personnel ;
 - Formation du personnel.
 - Faisabilité du bilan de CPN
- Le dépôt de médicaments
 - Normes architecturales
 - Equipement
 - Mode d'approvisionnement
 - Formation du personnel
- Etat des toilettes
 - Normes architecturales
 - Equipement
 - Propreté
- Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets
 - Robinet ou puits
 - Poubelles
 - Incinérateur
- Le système d'éclairage et la communication
 - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet
 - Réseau public, groupe électrogène

11. Système de classement

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

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- **Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.**
- **Niveau III : 75 à 94,99% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99**
- **Niveau II : 50 à 74,99% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99**
- **Niveau I : inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20**

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

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

Une première échelle ou les CPN sont dites :

- De bonne qualité : si toutes les variables discriminatoires sont réalisées
- De moins bonne qualité : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle ou les CPN ont été classées en quatre niveaux de qualité :

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

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

- **Niveau IV :** 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne et d'assez bonne qualité
- **Niveau III :** 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne et d'assez bonne qualité.

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

12. Par rapport aux définitions des termes utilisés en CPN :

Nous nous sommes référés aux définitions suscitées dans la généralité pour analyser nos résultats qui ont été commentés et discutés.

V. RESULTATS

1. ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DE LA STRUCTURE :

Tableau I : Niveau de la qualité des structures du Centre Santé Communautaire de Niamakoro.

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. normes architecturales	+				4	Respecte toutes les normes architecturales pour un CSCOM.
2. dispositif d'accueil et orientation				+	1	Il se limite au seul achat de ticket..
3. structure, équipement, unité de consultation prénatale.		+			3	Matériel technique incomplet, pas de thermomètre, pas de gestogramme.
4. Equipement en salle d'attente.	+				4	Conditions d'attentes favorables.
5. unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin, et salle de garde.
6 .fonctionnalité du laboratoire	+				4	Tout le bilan prénatal est faisable ici.
7. pharmacie			+		2	Pas de système de protection contre la poussière.
8. Etat de toilettes				+	1	Sales, mal entretenus
9. système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets	+				3	Réseau public approvisionne en eau. Absence d'incinérateur,
10. système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public assure l'éclairage Téléphone pour la communication
	Score total				30	

N.B : A= 4, B=3, C=2, D=0 ou 1.

+ désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC.Max)=40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 38 à 40.

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 30 à 37,99.

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 20 à 29,99.

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de 20.

La structure est de niveau III c'est à dire que les références évaluées sont satisfaisantes à 77,5%.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES GESTANTES.

Tableau II: Répartition des gestantes selon les tranches d'âges.

Tranche d'ages	Fréquences	Pourcentages %
Inférieur à 16 ans	2	1,0
16- 24 ans	103	51,5
25-35 ans	51	25,5
Supérieur à 35 ans	44	22,0
Total	200	100

- . La Tranche d'âge 16-24 a été la plus représentée 51,5% des cas,
- . Les âges extrêmes étaient de 14ans (1%) et 42ans (0,5%).
- . L'âge moyen était de 29 ans (3%).

Tableau III : Répartition des gestantes selon leur profession.

Professions	Fréquences	Pourcentages %
Ménagères	157	78,5
Vendeuses / Commerçantes	3	1,5
Etudiantes	3	1,5
Aides ménagères	17	8,5
Elèves	15	7,5
Teinturières	4	2,0
Fonctionnaires	1	0,5
Total	200	100

Les ménagères ont été les plus représentés avec 157 cas sur 200 soit 78,5%.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon leur niveau de scolarisation.

Niveau de scolarisation	Fréquences	Pourcentages %
non scolarisées	102	51,0
Ecole coranique	29	14,5
Niveau primaire	42	21,0
Niveau secondaire	24	12,0
Niveau supérieur	3	1,5
Total	200	100

La majorité des gestantes (51,0%) étaient des non scolarisées.

Tableau V: Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquences	Pourcentages %
Mariées	149	74,5
Célibataires	51	25,5
Total	200	100

Les femmes mariées représentaient 149 cas sur 200 soit 74,5%.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la Gestité.

Gestité	Fréquences	Pourcentages %
Primigeste	56	28,0
Paucigeste	62	31,0
Multigeste	44	22,0
Grande multi geste	38	19,0
Total	200	100

- Les pauci gestes représentaient 31,0% des cas.
- Nous avons noté 2% de mort né (4cas), 10 .5% de fausse couche (21 cas).
- Il n'avait aucun antécédent de césarienne, ni d'accouchement instrumental chez les patientes.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	Fréquences	Pourcentages %
Nullipare	56	28,0
Primipare	63	31,5
Pauci pare	62	31,0
Multipare	10	5,0
Grande multipare	9	4,5
Total	200	100

- Les pauci pares représentaient 31,0% des cas.
- Nous avons noté 6 cas (3%) d'antécédent d'HTA.

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon le moyen de transport utilisé pour accéder au CSCOM.

Moyens de transport utilisé	Fréquences	Pourcentages %
À Pied	177	88,5
Par véhicule collectif (SOTRAMA, Bus)	14	7,0
Par véhicule personnel	4	2,0
Par Taxi	5	2,5
Total	200	100,0

La majorité des gestantes 88,5% venaient à pied pour leur CPN.

3. ETUDE DES PROCEDURES DES CPN

Tableau IX : Répartition des prestataires selon leur qualification.

Qualification	Fréquences	Pourcentages %
Infirmières obstétriciennes	82	41,0
Sage femmes	101	50,5
Matrones	14	7,0
Aides soignants	3	1,5
Total	200	100,0

- (41%) des CPN ont été réalisées par les infirmières obstétriciennes.

- Les 6 cas de HTA ont été vu par le médecin

Tableau X : Répartition des prestataires selon leur statut professionnel.

Statuts professionnels des prestataires	Fréquences	Pourcentages %
Stagiaires	187	93,5
Contractuels	12	6,0
Fonctionnaires	1	0,5
Total	200	100

Les stagiaires étaient les plus représentés avec 93,5% des cas de CPN réalisées.

Tableau XI : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Fréquences	Pourcentages %
1 CPN	87	43,5
2-3 CPN	105	52,5
4 CPN et plus	8	4,0
Total	200	100,0

La majorité des gestantes étaient à leur 2^e ou 3^e CPN soit 52,5% des cas.

Tableau XII: Répartition des gestantes selon la durée des CPN (en minute).

Durée de la CPN	Fréquences	Pourcentages %
Moins de 5 mn	13	6,5
5-10 mn	168	84,0
Plus de 10 mn	19	9,5
Total	200	100,0

La durée des CPN était comprise entre 5-10 mn dans 84,0% des cas.

NB : cette durée concerne seulement l'examen physique.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse.

Histoire de la grossesse	Fréquences (N=200)	Pourcentages %
Ecoulement vaginal	159	79,5
Détermination de l'âge de la grossesse	160	80,0
Vomissement	107	53,5
Détermination de la DDR	98	49,0
Détermination de la DPA	98	49,0
Survenue de dyspnée	96	48,0
Fatigue	116	58,0
Troubles urinaires	87	43,5
Survenue de palpitation	97	48,5

. La DDR était connue dans 49% des cas.

. L'écoulement vaginal était le signe le plus retrouvé avec 79,5% des cas.

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil.

Conditions d'accueil	Fréquences	Pourcentages %
Invité à s'asseoir	200	100,0
Salutations conforme aux convenances sociales	200	100,0
Manifestation d'intérêt pour la gestante	198	99,0
Salutation d'usage au départ	198	99,0
Bonne attitude envers les gestantes	200	100,0

L'accueil était de niveau élevé (niveau IV).

Tableau XV : Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen physique.

L'examen physique	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
Pesée effectuée	200	100,0%
Mesure taille effectuée	198	99,0%
Tension artérielle prise	200	100,0%
La recherche de boiterie	0	0
Aide à montrer sur la table	9	4,5%
Examen des conjonctives	200	100
Auscultation cardiaque	0	0,0%
Auscultation pulmonaire	0	0,0%
Palpation de l'abdomen	200	100%
Mesure de la hauteur utérine	191	95,5%
Auscultation de BDCF* (n=121)	105	86,8%
Mouvements actifs du fœtus recherchés	129	64,5%
Pose de spéculum	11	5,5%
Recherche de métrorragies	0	0
Toucher vaginal	200	100,0%
Recherche d'œdème	23	11,5%
Examen du bassin	0	0,0
l'éclairage était suffisant	192	96,0%

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

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon les examens complémentaires demandés.

Examens complémentaires	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
Albumine dans les urines	200	100
Sucre dans les urines	200	100
dépistage du VIH	190	95,0
Échographie	175	87,5
BW	181	90,5
Groupage/Rhésus	192	96,0
Taux d'hémoglobine	4	2,0
NFS	6	3,0
Test d'Emmèle	23	11,5
Sérologie Toxoplasmose	164	82,0

Albumine /Sucre dans les urines a été le plus demandé chez les gestantes a100% des cas.

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon la prescription des traitements préventifs.

Prescription des traitements préventifs	Effectifs absolus (N=200)	Pourcentages %
Fer / Acide Folique	200	100
SP	72	36
VAT	200	100

La prescription de fer et l'acide folique étaient de 100%.

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les conseils donnés.

Conseils donnés	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
MST/Sida	200	100
Sur le repos	137	68,5
Pas de conseils donnés	5	2,5
Planning familial	178	89

Le Conseil sur MST/Sida était le plus donné aux gestantes a 100% .

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

Gestes liés à l'hygiène de la CPN	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
le praticien a porté des gants ou un doigtier	200	100
Le matériel a-t-il été changé à la fin de l'examen physique (gants, doigtier, spéculum)	200	100,0
Tissu posé sur table	100	50
Tissu a été fourni par le centre	0	0,00
Le praticien s'est lavé les mains avant l'examen	0	0,0

Le praticien ne se lavait jamais les mains d'un examen à un autre.

Dans 50% des cas le tissu étalé sur la table d'examen appartenait aux gestantes.

Tableau XX : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité.

Respect de l'intimité	Fréquences N=200	Pourcentages %
Absence de tierce personne pendant l'examen physique	184	92%
Aucune entrée et sortie non justifié des personnels au cours de l'examen physique.	187	93,5%
l'examen était à l'abri des regards	168	84,0%

Le respect de l'intimité était de niveau assez élevé (niveau III).

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon le recueil des paramètres de continuités des soins

Paramètre de la continuité des soins	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
Date de la prochaine consultation a été précisé.	200	100
L'évolution de la grossesse a été expliquée	191	95,5
Signes d'alertes ont été expliqués	173	86,5

La date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées aux gestantes.

Tableau XXII : Répartition des gestantes selon la conclusion des prestataires.

Conclusion des prestataires	Fréquences	Pourcentage %
Aucune conclusion	0	0
Gestantes non classées à risque	158	79,0
Groupe à risque	42	21,0
Total	200	100

- Les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 21% des cas.
- Au terme de la conclusion, aucune référence n'a été indiquée chez les patientes.

Tableau XXIII : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés.

Facteurs de risque	Fréquences (N=200)	Pourcentages %
Antécédent de mort né	4	2,0
Antécédent de fausse couche	21	10,5
Grande multipare	9	4,5
HTA	6	3,0
Age<16	2	1,0
Drépanocytose	0	0
VIH/SIDA	0	0

L'antécédent de fausse couche (10,5%) était le facteur de risque le plus retrouvé.

Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon les critères évoqués pour le choix de ce CSCOM.

Critères de choix du centre	Fréquences	Pourcentages %
CSCOM proche du domicile	123	61,5
Personnel compétent	67	33,5
Connaissance d'un personnel dans l'établissement	3	1,5
Personnel Accueillant	7	3,5
Tarifs peu élevés	0	0
Sur Conseil d'une connaissance externe	0	0
Attente pas trop longue	0	0
Total	200	100,0

Plus de la moitié des gestantes (61,5%) ont choisi de faire leur CPN dans ce CSCOM parce que celui est proche de leur domicile.

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

Etat des locaux et toilettes	Fréquences	pourcentages %
N=200		
<u>Etat des locaux :</u>		
-vieux et propres	100	50,0
-Nouveaux et propres	43	21,5
-Vieux et sales	26	13,0
- Nouveaux et sales	31	15,5
<u>Etat des toilettes</u>		
-Propres	55	27,5
-Sales	143	71,5
-Ne sait pas	2	1,0

La moitié des gestantes (50%) ont apprécié l'état des locaux du CSCOM vieux et propres, tandis que 71,5% de celles-ci ont affirmé que les toilettes sont sales.

Tableau XXVI : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestantes prestataires.

Interaction gestantes- prestataires.	Effectifs absolus	Pourcentages %
	N=200	
Ordre de passage respecté	191	95,5
Attente confortable	188	94,0
Réception agréable	182	91,0
Satisfaction des gestantes	181	90,5
Confidentialité respectée	178	89,0

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

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon le type de conseils reçu sur les conditions de l'accouchement.

Type de conseils reçu sur les conditions de l'accouchement	Effectifs absolus	Pourcentages %
« Non, on ne m'a rien dit de particulier »	200	100,0
« On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé »	0	0,0
« Césarienne prophylactique »	0	0,0
Total	200	100,0

Toutes les gestantes ont affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Méthodologie :

Notre étude s'est déroulée dans le CSCOM II de NIAMA AKORO, un quartier en commune VI du district de Bamako, du 2 Janvier 2007 au 30 Mars 2007 sur la qualité des consultations prénatales.

Elle a été faite selon le modèle **DONABEDIAN A. [6]** : évaluation des structures, des procédures et des résultats.

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

Elle nous a permis :

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

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie.

Ce qui nous a permis de situer le CSCOM II de NIAMA AKORO par niveau de qualité. Au début de notre étude, les prestataires de CPN se forçaient d'être dans les normes mais au fil du temps ils sont revenus à leur pratique habituelle.

Cependant, nous n'avons pas eu de problème avec les gestantes par rapport au recueil de leur opinion. Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali.

Notre évaluation sera suivie d'action pour réduire les problèmes qui existent dans le CSCOM de NIAMA AKORO afin d'obtenir une meilleure qualité de prestation.

2. QUALITE DES STRUCTURES :

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont aux nombres de 4 :

A, B, C, D.

Cette hiérarchisation a été faite selon les références dans lesquelles un score a été attribué (**Tableau I**). Une observation a été faite sur chaque référence.

Ainsi, pour la norme architecturale la structure du CSCOM de NIAMAKORO se présente comme suite :

La clôture était absente, la construction est faite en ciment. Il n'y avait pas de bonne protection contre la poussière au niveau de la pharmacie (pas de vitre). Par contre il en existait au niveau du laboratoire qui est bien fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants de la CPN. L'équipement de la salle d'attente était suffisant. L'unité de CPN était aussi bien équipé mais ne contenant pas certains matériaux comme le gestogramme et le thermomètre. Les locaux de la CPN étaient propres mais les toilettes étaient mal propres. Le système d'éclairage, la communication avec d'autres structures et l'approvisionnement en eaux potables étaient assurés par les réseaux publics (l'énergie du Mali, et la SOTELMA), et un puit à grand diamètre.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSCOM II de NIAMAKORO a été classé niveau **III** car le score était de 31 sur 40 soit **77,5%**.

Ce résultat est plus meilleur de ceux BERTHE A. [2], de FOMBA S. [11], de TRAORE MK. [28], et de KAMISSOKO M. [15] où toutes ces structures ont été classées de niveau **II**.

Cela pourrait s'expliquer par le dynamisme des organes administratifs et de gestion de l'ANIASCO et la rigueur du médecin directeur.

3- Caractéristiques socio-démographiques des gestantes:

Ce volet est très important surtout dans la recherche de certains facteurs de risque. Ainsi 1% des gestantes avaient moins de 16 ans, ce taux est inférieur à ceux de KONATE S. [14] :7,5 %, de TRAORE MK. [28] :2,5 %, et de KAMISSOKO M. [15] : 2%. Mais il est proche de celui de FOMBA S. [11]: 0,86%. A cet âge le bassin de la jeune fille n'est pas encore mature, la grossesse constitue alors un risque majeur car le bassin est un élément précieux du pronostic de l'accouchement.

22% de celles-ci avaient plus 35 ans, ce qui est supérieur à celui de GOITA N. [13] :11,5%. L'âge supérieur à 35 ans constitue également un risque pour la grossesse car des études ont montré que le jeune âge et l'âge avancé sont les plus touchés par la mortalité maternelle et périnatale pour les enfants qui en sont issus [30]. Les malformations ovulaires sont fréquentes à cet âge.

La majorité des gestantes (78,5%) étaient des ménagères. Ce taux est inférieur à ceux de FOMBA S. [11]: 84,5%, de KONATE S. [14] : 80,5%, mais supérieur à ceux de KAMISSOKO M. [15] : 72,0% et de GOITA N. [13]: 71,5%.

Plus de la moitié des gestantes (51,0 %) étaient non scolarisées en français et en arabe ; taux inférieur à ceux de GOITA N. [13]: 67,5%, et de KAMISSOKO M. [15] :66%, mais supérieur à ceux de FOMBA S. [11]: 45,7%, et de KONATE S. [14] :49,0%.

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 deux fois plus d'enfants que celles qui ont atteint la 7^e année ou plus de scolarité [6].

Les célibataires représentaient 25,5% de l'échantillon, ce qui est supérieur à ceux de GOITA N. [13] :10,6%, KAMISSOKO M. [15] :8,0%, et de KONATE S. [14] :6,5%.

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. Les antécédents obstétricaux ont été recherchés chez toutes nos gestantes.

Ainsi 28% de celles-ci étaient des primigestes, taux supérieur à ceux de FOMBA S. [11]:17,2%, de GOITA N. [13]:12,5%, mais inférieur à ceux de KONATE S. [14]:30,5%, et de KAMISSOKO M. [15]:21,0%.

Les grandes multigestes représentaient 19% de l'échantillon, ce taux est supérieur à ceux de GOITA N. [13]:16,0%, de KONATE S. [14]:14,5%, KAMISSOKO M. [15]:12,0% et de FOMBA S. [11]:5,17%.

Les nullipares représentaient 28,0% de l'échantillon, ce taux est inférieur à ceux de KONATE S. [14]:35,5%, et supérieur à celui de KAMISSOKO M. [15]:12%.

Les grandes multipares étaient de 4,5% des gestantes, ce résultat est inférieur à ceux de KONATE S. [14]:9,0%, similaire à celui de KAMISSOKO M. [15]:4,0%

Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} grossesses. Elle est plus élevée pour la 1^{ère} grossesse et augmente à partir de la 5^{ème} grossesse [26].

Dans notre série, 10% des gestantes avaient fait au moins une fausse couche, ce taux est inférieur à celui de KAMISSOKO M. [15]:12%. L'antécédent de mort né a été retrouvé chez 11% des gestantes, ce résultat est supérieur à celui KAMISSOKO M. [15]:8%.

Le taux de mortalité périnatal est le moindre lorsque la femme n'a eu que des enfants vivants pesant plus de 2500 grammes ; il est maximal chez les femmes ayant eu un ou plusieurs mort-nés [26].

L'hypertension artérielle a été la pathologie médicale la plus retrouvée avec 2% des cas. Ce résultat est identique de celui de KAMISSOKO M. [15].

4. Etude des procédures des CPN :

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 41,0% par les infirmières obstétriciennes. Ce résultat est supérieur à celui de KAMISSOKO M. [15]:39%.

Par contre elle était effectuée par les sages-femmes dans 50,5% des cas. Ce résultat est différent de ceux de KONATE S. [14] et de TRAORE MK. [28] où 100% de ces CPN étaient réalisées par des sages femmes.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et prendre en charge celle qui comporte de risque [19].

Selon le statut professionnel des prestataires, les stagiaires étaient les plus représentés avec 93,5% des cas de CPN réalisées.

Ce résultat est différent de celui de TRAORE MK. [28] où 4% des CPN étaient réalisées par les sages-femmes stagiaires.

La procédure est un volet capital dans l'évaluation de la qualité des CPN. Toutes les étapes dans notre série n'ont pas été respectées.

Ainsi 43,5% des gestantes étaient à leur première CPN. Ce taux est inférieur à celui de GOITA N. [13]: 47,5%, mais supérieur à ceux de KAMISSOKO M. [15]: 38%, de KONATE S. [14]: 37,0% et de FOMBA S [11]: 24,5%.

Les CPN ont duré moins de 5 minutes dans 6,5% des cas (durée de l'examen physique). Ce résultat est meilleur que ceux de GOITA N. [13]: 56,5% FOMBA S [11]: 60,0%. Le praticien doit prendre suffisamment de temps pour l'examen physique des gestantes sinon il ne peut pas respecter toutes les étapes de cet examen.

La DDR (date des dernières règles) était connue dans 49,0% des cas. Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N. [13]: 11%, KONATE S. [14]: 0,5% FOMBA S [11]: 7,9%. Ce faible taux serait dû à la non scolarisation de la plupart des gestantes (66%).

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

La DPA était connue chez 49,0% des gestantes. Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N [13]: 3%, et de FOMBA S [11]: 1,8% des cas, mais différent de celui de KAMISSOKO M. [15] où aucune gestante ne connaissait leur DPA.

Seulement celles qui ont fait une échographie connaissaient leur DPA, car les praticiens ne disposaient pas de gestogramme pour effectuer ce calcul à partir de la DDR.

L'accueil était de bonne qualité « niveau élevé ». Ce résultat est différent de ceux de KAMISSOKO M. [15], de KOITA M. [16], et TRAORE MK. [28] qui ont

trouvé cette qualité faible. Mais similaire de ceux de GOITA N **[13]**, et de BERTHE A. **[2]**.

Concernant l'examen physique, nous avons constaté que les gestes tels que la recherche de boiterie, et l'auscultation cardio-pulmonaire n'était pas exécutée. Il en a été de même chez KONATE S. **[14]**, de FOMBA S **[11]**, de KAMISSOKO M. **[15]**, de BERTHE A. **[2]**, de GOITA N. **[13]** et de TRAORE MK. **[28]**.

Le spéculum a été utilisé dans 100% des cas, ce taux est supérieur à celui de BERTHE A. **[2]** :37%, de KONATE S. **[14]**: 34,5% et de TRAORE MK. **[28]**: 8,0%, à celui de KAMISSOKO M. **[15]** :2,0%, et différent de FOMBA S **[11]** où aucune gestante n'a été examinée avec le spéculum.

Les autres éléments de l'examen physique tels que la mesure de la taille, les pesées, la prise de la TA, la recherche d'œdème, l'examen des conjonctives, la mesure de la hauteur utérine, la palpation abdominale, l'auscultation des BDCF étaient effectués chez la plus part des gestantes.

Ces résultats sont similaires de ceux de BERTHE A. **[2]**, de KONATE S. **[14]**, de FOMBA S **[11]**, et de GOITA N. **[13]**.

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est capital; car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement.

L'examen du bassin est un élément précieux de cet examen.

Nous avons constaté que le bassin n'a jamais été apprécié durant toute notre étude. Ce constat est similaire de BERTHE A. **[2]**, de KONATE S. **[14]**, TRAORE MK. **[28]**, KAMISSOKO M. **[15]**, de FOMBA S **[11]**, et de GOITA N. **[13]**.

Selon les normes et procédures de la CPN au Mali **[1]**, les examens complémentaires doivent être demandés dès la 1^{ère} consultation, ils sont souvent indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse.

Dans notre série, le dépistage du VIH /SIDA en vue du programme de la PTME (transmission mère enfant du VIH), la recherche d'albumine et de sucre dans les urines ont été les plus demandés avec respectivement 95,0% ; 100% ; 100%. Par contre certains examens complémentaires obligatoires tels que le groupage /rhésus, le BW, et le taux d'hémoglobine étaient demandés

avec respectivement 92,5%, 90,5%, 0%. Ces résultats sont différents de ceux de BERTHE A [6], et de GOITA N [13] où tous ces examens complémentaires étaient systématiquement demandés.

L'échographie, est un moyen précieux du diagnostic et de surveillance de la grossesse, elle était demandée dans 87.5% des cas. Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N. [13] : 29,0%, et de FOMBA S [11] :1,7%, TRAORE MK. [28] :71,5%.

Dans notre série 100% des gestantes ont bénéficié d'une supplémentation en fer et acide folique. Ce résultat est similaire de ceux de BERTHE A [11] et de KAMISSOKO M [15] qui ont trouvé 100% des cas, mais supérieur à ceux de KOITA M. [16] : 20,2% et de KONATE S. [14]: 22%.

Par rapport à la chimioprophylaxie contre le paludisme, la SP (sulfadoxine pyriméthamine) a été prescrite chez 36,0% des gestantes.

Ce taux est supérieur à celui de GOITA N. [13] : 28,5%.

La prophylaxie contre le tétanos a été administrée chez 100% des gestantes, ce taux est similaire à ceux de BERTHE A. [2] :100%, et de GOITA N. [13] : 90,5%).

Le conseil sur les MST/SIDA était le plus donné aux gestantes 100% des cas, cependant 23% des gestantes n'ont reçu aucun conseil.

Au cours de cette étude, nous avons constaté également que les praticiens ne se lavaient pas les mains d'un examen à un autre.

Il n'y avait pas des tissus étalés sur la table d'examen pour l'examen physique des gestantes : Celles-ci 50% étalaient leur propre pagne sur la table d'examen pour se faire examiner. Les doigtiers étaient utilisés pour les touchers vaginaux, chaque gestante apportait ses doigtiers.

Ces constats sont identiques à ceux de BERTHE A. [2], de KONATE S. [14], TRAORE MK. [28], KAMISSOKO M. [15], de FOMBA S [11], et de GOITA N. [13].

Le respect de l'intimité était de niveau assez élevé donc de « niveau III».

Ce résultat est similaire à ceux de KONATE S. [14], KAMISSOKO M. [15], de BERTHE A. [2], de GOITA N. [13] et de TRAORE MK. [28] où l'intimité était préservée chez toutes les gestantes.

Au cours de cette étude, la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées à toutes les gestantes. Ce résultat est similaire à celui de GOITA N **[13]** où la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées à toutes les gestantes.

Les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 7,5% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de GOITA N **[13]** :18,0%, mais supérieur à ceux de KAMISSOKO M. **[15]** :7,0%, et de FOMBA S **[11]** : 0,9%.

La grande multipare (6,0%) était le facteur de risque le plus retrouvé.

Aucune référence n'a été indiquée vers un médecin ni vers un autre établissement sanitaire au cours de la CPN pendant cette période. Ce constat est identique à ceux de FOMBA S **[11]**, KAMISSOKO M. **[15]**, mais différent de TRAORE MK. **[28]** où 1,5% des gestantes ont été référées vers un autre établissement sanitaire.

La grande majorité des gestantes (88.5%) venaient à pied pour leur CPN. Ce taux est proche de celui de FOMBA S **[11]** : 88,5%, mais supérieur à ceux de KAMISSOKO M. **[15]** :69%, de TRAORE MK. **[28]** : 69%, de GOITA N **[13]** :57,5%, et de BERTHE A **[2]** : 44%.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que les gestantes provenaient dans l'aire de santé du CSCOM.

La proximité du domicile familial a été le critère de choix du CSCOM pour la majorité des gestantes (61,5%).

Ce résultat est encourageant car les CSCOM sont créés dans le but d'approcher le plus possible les soins aux populations. Ce taux est inférieur à celui de KAMISSOKO M. **[15]** : 88,0 % et supérieur à ceux de TRAORE MK. **[28]** : 59%, de KONATE S. **[14]** : 39,5%.

L'interaction gestantes prestataires était de bonne qualité donc de « niveau élevé». Cela s'expliquerait par le respect de l'ordre de passage au cours de la CPN (95,5%), l'attente confortable selon 94,0% des gestantes, la réception était agréable selon 91,0% des gestantes, et 90,5% de celles-ci ont été satisfaites de leur CPN. La confidentialité était respectée dans 90,5% des cas. Ce constat est également fait par FOMBA S **[11]** et de KAMISSOKO M. **[15]**.

La majorité des gestantes (50,0%) ont affirmé que les locaux de la CPN étaient vieux et propres, pendant que 71,5% de celles-ci ont affirmé que les toilettes étaient sales. Ce résultat pourrait nous faire croire que l'hygiène du centre n'intéresse pas assez les toilettes. Cette remarque est faite aussi par FOMBA S [11] et de TRAORE MK. [28].

Malgré l'existence de grossesse à risque, toutes les gestantes ont affirmé que rien ne leurs a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement. Ce résultat est identique de ceux de FOMBA S [11] et KAMISSOKO M. [15].

VII. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

1. Conclusion :

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CSCOM de Niamakoro est de **niveau III** c'est à dire que les références évaluées sont assez satisfaisantes. Certaines limites ont été notées telles que le manque d'incinérateur ; le manque de groupe électrogène ; le retard de l'ambulance dans le cadre de l'évacuation des gestantes et des parturientes à risque ; l'absence de plaque d'orientation ; l'accueil dans la structure sanitaire se limite au seul achat de ticket (pas de structure d'accueil proprement dit). Les matériaux techniques étaient incomplets (pas de gestogramme, pas de thermomètre dans la salle de CPN, pas de tissu posé sur la table d'examen). Les toilettes étaient bien entretenues.

En tenant compte de l'opinion des gestantes et de notre observation réelle, le respect physique et psychique (l'accueil) était de niveau élevé (**IV**). Le respect de l'intimité et la confidentialité étaient de niveau assez élevé (**III**).

Les CPN étaient pratiquées en majorité par les infirmières obstétriciennes (**niveau III**).

L'interrogatoire sur les antécédents médicaux et obstétricaux a permis de découvrir que certains facteurs de risque n'ont pas été suffisamment pris en compte.

L'examen physique a été de faible niveau car certains gestes techniques n'ont pas été pratiqués par les prestataires.

Par rapport à la continuité des soins, elle était de bonne qualité car les gestantes ont reçu suffisamment d'explications sur le déroulement de leur grossesse.

Les conseils donnés aux gestantes se limitaient seulement sur les MST/Sida et sur l'écoulement vaginal.

L'examen complémentaires se limitaient essentiellement à Albumine /Sucre dans les urines.

La supplémentation en fer et l'acide folique était suffisamment prescrite donc de niveau élevé (niveau IV), ainsi que la vaccination anti-tétanique. La Chimio prophylaxie à la SP (sulfadoxine pyriméthamine) était prescrite à toutes les gestantes vues le 4^{ème} et/ou le 8^{ème} mois de la grossesse.

2. Recommandations :

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

2.1. Aux personnels de santé :

- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, sur les facteurs de risques, et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse.
- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et le médecin en associant ce dernier aux prises de décisions.
- Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire que l'examen physique.
- Renforcer la qualité des CPN en vue de détecter les grossesses à risque.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains après chaque examen, et en étalant un tissu à chaque examen.
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le système de « protégé ».

2.2. Aux Autorités sanitaires :

- Doter le centre d'un réseau de groupe électrogène et d'un bon incinérateur pour l'élimination des déchets biomédicaux
- Limiter la CPN au seul personnel qualifié (médecin, sage femme)
- Equiper les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN et la salle d'accouchement en matériel adéquats et suffisants : les spéculums, robinet, lampe électrique, ventilateur.
- Sensibiliser les parents sur l'inconvénient des mariages précoces.

2.3. Aux autorités politiques et Administratives :

- Construire des centres de santé respectant les normes architecturales.
- Instaurer un système de prise en charges des démunis.

2.4. Aux consultantes :

- Se rendre le plutôt possible au centre de santé en cas de retard des règles.
- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez-vous.
- Appliquer les conseils donnés par les prestataires.

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : LAMINE SOULEYMANE

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé Communautaire II de Niamakoro en Commune VI du District de Bamako.

Année : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre travail a pour objectif d'évaluer l'état actuel de la qualité des CPN au Centre de santé Communautaire II de Niamakoro en commune VI du District de Bamako, de décrire les caractéristiques de la CPN et sociodémographique. De la nous notons la performance des prestataires et la compliance des gestantes.

Le CSCOM de NIAMAKORO effectue une santé communautaire satisfaisante (niveau III). La chaleur humaine est beaucoup conservée comme en témoignent la dimension humaine, le respect, la confidentialité et de l'intimité attribuant le CSCOM de niveau IV.

De même les observations des bénéficiaires de soins sont bonnes par rapport au respect physique, psychique et la qualité de l'accueil.

Mots clés : consultations prénatales, qualité des soins, facteurs de risque et le Centre de Santé.

VIII. REFERENCES

1. ANONYME :

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

2. BERTHE A :

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du District de Bamako. Thèse de médecine 2004 n 20 81p.

3. BLUM C :

L'évaluation médicale à l'hôpital

In : Crenn Hébert, c premier séminaire d'évaluation en Gynécologie obstétrique à l'AP- HP résumé des interventions et des débats- Paris délégation à l'évaluation

APIMAP, 1993 ; 6-7

4. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE :

Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire de Bamako (koulouba) 1995-2000.

5. DIVISION SANTE FAMILIALE : Programme de santé familiale, plan quinquennal 1988-1992, Mali Décembre 1987.

6. DONABEDIAN A

Exploration in assessment and monitoring, vol I

The definition of quality and approaches to it's

Assessment, health distraction press an arbour, Michigan, 1980

7. DNSI-CPS /MSSPA : Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM- IV) : Avril à Décembre 2006.

8. DIVISION SANTE ET COMMUNAUTAIRE / MINISTERE DE LA SANTE

Procédures des services de santé de la reproduction (Mali) Bamako, Ministère de la Santé, Mars 2000,230p

9. DJILLA B. :

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 – 1988). Thèse de Médecine. Bamako 1989 ; N°54.

10. DECLARATION COMMUNE OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43

11. FOMBA S. :

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse med. Bamako 2003. M 64.103 P.

12. FORMATION CONTINUE DES SAGES FEMMES: 1994/1995, 1996/1997

Direction Nationale de la santé publique/ mission française de coopération et d'action culturelle au Mali : école secondaire de la santé projet Maternité sans risque.

13. GOITA N. :

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse méd. 2006. M 210. 102 P.

14. KONATE S. :

Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse méd. 2002. M. 33. 56 P.

15. KAMISSOKO M :

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako.

Thèse med: Bamako, 2004,-59 P-87.M 87.

16. KOITA M. :

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse médecine, 2001. M 41.129 P.

17. OMS : série de rapport technique 780 (1989)

Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.

18. OMS (chronique) : Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-2002 (Genève1986)

19. O.M.S : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde.

Mars-Juillet 1992-N° 8-12P.

20. OMS : Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle.1987, 40, N° 3, P 214 -225.

21. OMS ESTIMATIONS REVISEES de 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologie OMS/UNICEF AVRIL 1996 Genève P16.

22. O.M.S : Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.

23. POP.SAHEL.CERPOD INSAH CILSS : Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. Population à l'an 2000. Bamako. 2^{ème} édition. Août 1990. N°3.

24. RENFORCER LES SOINS OBSTETRICAUX POUR UNE MATERNITE SANS RISQUE.

Atelier collectif pré congrès CISF/OMS/UNICEF OS/O, Norvège, 23 – 26 mai 1996 P1

25. RAYTON E, ARMTRONG.S

Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990, 231P

26. MERGER.R, LEVY .J, MELCHIOR .J : Etude clinique de la grossesse normale ; Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris. Masson .1995 : **63** Pages.

27. SOURCE D'INFORMATION DNSI :

Recensement général de la population et de l'habitat (Avril 1998)

28. TRAORE MK. :

Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la commune de Banconi. Thèse médecine, Bamako 2001. M.49. 121 pages.

29. TALL F. S. :

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la deuxième région du Mali (1987-1992). Thèse de Médecine. Bamako, 1993. N°6

30. M.S.F BALLADUR O ; BIZIEAU : obstétrique en situation d'isolement ; 1^{ère} édition ; Paris ; Hatier ; 1992. 22pages

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A- OBSERVATION DES CPN

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

Q11 Date d'observation.....

Q2 2 Heure de la visite.....a- heure débutb heure fin.....

Caractéristiques de la gestante(si demandées)

Nom..... Prénom.....

Q3 Age (ans)

Q4 Ethnie 1 Bambara, 2 Peuhl, 3 Malinké, 4 Bozo, 5 Sonraih, 6 Sonike, 7 Dogon, 8 Autre, (a précisée)

Q5 Profession 1 Ménagère, 2 Vendeuse, 3 fonctionnaires, 4 Aide ménagère, 5 Commerçante, 6 Autres (à préciser)

Q6 Niveau scolaire 1 Analphabète 2 Primaire, 3 Secondaire, 4 Supérieure, 5 Coran

Q7 Etat matrimonial 1 Célibataire 2 mariée 3 Veuve, 4 Divorcée

Q8 Résidence

Q9 Numéro de la grossesse ou de la CPN comme appartenant à un groupe à risque ?

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

1 oui 2 non 3 si oui quel facteur ?

1 age inf. à 16 ans, 2 Primipare age(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

Q11 Nombre de CPN réalisées

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge les gestantes

Qualification médecin, 2 sages femme, 3 matrones, 4 infirmières obstétricienne, 5 Autre (à préciser)

Q13 Statut fonctionnaire, 2 contractuel, 3 stagiaire, 4 autre

Accueil

Q14 Langue de communication 1 Français 2 Bambara, Autre

Q15 Consultante comprenait elle la langue 1 oui, 2 non

Q16 Si non a t on fait appel à un interprète ? 1 oui ,2 non

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales 1 oui ,2 non

Q18 Consultante a telle été invitée à s'asseoir 1 oui, 2 non

Q19 Demande du carnet de la grossesse précédente 1 oui, present, 2 non, absent

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

Q20 Situation socio familiale de la famille 1 Bas niveau, 2 Moyen, 3 Favorable

Q21 Profession du mari 1 cultivateur, 2 commerçantes, 3 fonctionnaires,
4 manœuvres, 5 autres.

Q22 Distance parcourue pour venir au centre km

Antécédents obstétricaux

Q23 Gestité 1 oui, 2 non R

Q24 Parité 1 oui, 2 non R

Q25 Fausse couche 1 oui, 2 non R

Q26 Vivant 1 oui 2 non R

Q27 Mort nés 1 oui 2 non R

Q28 Décédés 1 oui 2 non R

Q29 Causes des décès 1 oui 2 non

Q30 Ages des décès 1 infection néonatales, 2 Paludisme, 3 Autre

Q31 Césarienne 1 oui 2 non R

Q32 Forceps, ou Ventouse : 2 non R

Q33 Eclampsie oui 2 non

Q34 Autres

Antécédents Médicaux

Q35 Infection urinaire 1=oui 2=non R

Q36 HTA : 1=oui 2=non R

Q37 Diabète 1=oui 2=non R

Q38 Affection cardiaque 1=oui 2=non R

Q39 Tuberculose 1=oui 2=non R

Q40 MST 1=oui 2=non R

Q41 Drépanocytose : 1=oui 2=non R

Q42 Autres : 1=oui 2=non R

Q43 Si Autres précision :

Détermination de la date d'accouchement :

Q44 Détermination de la date probable d'accouchement 1=connue 2=inconnue

Q45 Détermination de la date des dernière règles : 1=connue 2=inconnue

Q46 Détermination de l'âge de la grossesse : 1=connue 2=inconnue

Déroulement de la grossesse

Q47 Fièvre : 1=oui 2=non R

Q48 Vomissement 1=oui 2=non R

Q49 Fatigue 1=oui 2=non R

Q50 Vertige 1=oui 2=non R

Q51 Survenue des palpitations 1=oui 2=non R

Q52 Survenue des dyspnées 1=oui 2=non R

Q53 perception mouvement bébé (MAF) : 1=oui ; 2=non R=

Q54 Survenue d'œdèmes : 1=oui ; 2=non

Q55 pertes liquidiennes : 1=oui ; 2=non R=

Q56 Ecoulement vaginal : 1=oui ; 2=non R=

Q57 Métrorragie 1=oui ; 2=non R=

Q58 Troubles urinaire : 1=oui ; 2=non R=

Hygiène de vie pendant la grossesse

Q59 Questions sur le travail professionnel ménager : 1=oui ; 2=non

Q60 Questions sur le travail ménager : 1=oui ; 2=non

Q61 Alimentation : 1=oui, adaptée à la grossesse ; 2=non adaptée

Q62 Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse) : 1=oui ;
2=non

Examens cliniques :

Q63 Avec vous expliquer le déroulement de la consultation ? 1=oui ; 2=non

Q64 Pesée : 1=oui 2=non R=

Q65 Mesure de la taille : 1=oui 2=non R=

Q66 Recherche d'une boiterie : 1=oui 2=non R=

Q67 Aider à monter sur la table : 1=oui 2=non

Q68 Examen des conjonctives : 1=pale ; 2=Moyennement colorées ; 3=Colorées

Q69 Mesure de la TA : cm 1=oui 2=non R=

Q70 Consultation cardiaque : 1=oui 2=non R=

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

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

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

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

Q75 Position fœtus : 1=Céphalique ; 2=Siège ; 3= Transversal ; 4=Autres

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

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

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

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

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

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

Examen para clinique

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

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

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

Vaccination

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

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

Q87 La consultation a-t-elle classé la grossesse à risque ?

Prescription

Q88 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'autre 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 Non de l'établissement de référence.....
- Q116 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1=oui ; 2=non
- Q117 Si elle appartient à un groupe à risque le lui a-t-il annoncé ? 1=oui ; 2=non

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

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

B- Opinion sur les CPN

Examen du carnet de grossesse :

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

1. Terme de la grossesse

OPC2 date des règles : 1= oui ; 2= non

Opc3 Date de terme prévu pour l'accouchement : 1= oui ; 2= non

2. Modalité du transport.

Opc4 Etes -vous venue ? 1= à pied ; 2= en véhicule collectif ; 3= taxi ; 4= en véhicule personnel

5= autres(à préciser) :.....

3. Critères de choix du centre :

Opc5 pourquoi avez vous choisi ce centre ?

1= parce que cet établissement est proche de mon domicile

2= parce que je connais quelqu'un dans cet établissement

3= parce que l'attente n'est pas trop longue

4= parce que le personnel est compétent

5= parce que le personnel est accueillant

6= parce que les tarifs sont peu élevés

7= parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarifs

8= parce qu'une connaissance me l'a conseillé

9= autres raisons :

Opc6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ? : 1= oui ; 2= 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 salles ; 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 ; rhésus ; 4= BW ; 5= HIV ; 6= Toxoplasmose ; 7=Test d'Emmêle ; 8= échographie

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 28 si oui lesquels : 1=SP ; 2= fer ; 3= acide folique ;

4= Autres(à préciser) :.....

Opc 29 Avez vous fait le VAT ? : 1= oui ; 2= non

Opc 30 comment devrez vous procurer de ces médicaments ? :

1= moi même ; 2= mon mari ; 3= mes parents ; 4= autres :.....

Opc31 vous a- t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ? : 1= oui ; 2= non

Opc32 vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ? :

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

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

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

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

5= Césarienne prophylactique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !