

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE DE SANTE DE MUTEC

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : Aissata KEBA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président : Pr Boubacar TOGO
Membre : Dr Mamadou KEITA
Codirecteur : Dr GUINDO Mariam TRAORE
Directeur : Pr Hamadoun SANGHO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

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

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

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

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

Repose en paix très chère mère qu'Allah t'accueille dans son paradis éternel

A mon papa et tuteur : DR Boubacar Keba, Sociale, passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance.

En ce moment solennel, les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis.

Que Dieu te garde très longtemps auprès de nous pour que tu puisses enfin goûter au fruit de ce travail. Tu resteras pour moi un modèle de réussite. Je ne t'oublierai jamais incha-Alla.

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

A mes enfants : Kadidja et Mohamed vous êtes venus illuminer ma vie que Dieu vous bénisse et vous donne longue vie.

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

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

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

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

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

A tous mes amis (es) : La couleur et la nationalité ne nuisent pas les relations nobles. L'amitié est au-dessus des diversités culturelles. A travers ces lignes, recevez le témoignage de mon affection.

A tous mes camarades de promotion : DR Nina bagayogo, Brakissa Fané, DR Maimouna Sidibé, DR Tatiana Traoré, Hamsatou Boré, Aboubacar Dembélé. Rien ne vaut l'esprit d'équipe. Nous avons passé des moments pénibles, j'espère que nous goûterons ensemble au fruit de ce travail amen !

REMERCIEMENTS

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

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

Docteur Boubacar KEBA, Je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de vos compétences professionnelles afin de ne pas commettre d'erreurs **répréhensibles.**

Aux sages-femmes de l'unité CPN qui m'ont accueilli avec joie et sacrifice.

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Aux gestantes qui ont accepté de se soumettre à notre interrogatoire

A tout le personnel de la MUTEK santé et du conseil d'administration national :

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

Famille : Maiga à lafiabougou, Keba a Kalaban koro Koulouba, Merci pour votre soutien.

A ma belle-sœur : Fanta Yoro Maiga, Quelle chance de t'avoir comme belle-sœur, ton amour, ton soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour tout, chère belle-sœur que

Dieu te donne santé et longue vie. Sois rassuré de mon affection et ma sincère reconnaissance.

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

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'au lycée : Grand Merci à vous tous principalement à mon directeur d'école Secondaire **Hamadoun Dicko**.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

Professeur Boubacar TOGO

Professeur titulaire de pédiatrie à la faculté de médecine et d'odonto-stomalogie de Bamako

Chef du département de pédiatrie au CHU Gabriel Touré

Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique au CHU Gabriel

Secrétaire général du groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP)

Cher maître, nous sommes très fiers, à l'honneur que vous nous faites en nous acceptant dans votre service. Votre sens élevé de l'humanisme m'a émerveillé durant ma formation à vos côtés. Votre encadrement plein de modération, votre enseignement clair et concis font de vous un homme aux qualités recherchées. Cher maitre, puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement. Qu'Allah vous accord longue vie et santé afin que vous puissiez continuer à contribuer pour la réussite de la médecine au Mali et en Afrique toute entière.

A notre Maitre et membre du membre du jury

Dr Mamoudou Keita

- **Gynécologue obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CSREF de la commune VI**
- **Président de l'ordre des médecins de la commune VI**
- **Chef du service adjoint de gynécologie et obstétrique de la commune VI**

Cher maitre

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches.

Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et co-directrice de thèse

Dr Guindo Mariam Traoré

- **Médecin pédiatre, MPH, PhD Santé Publique**
- **Chargée de recherche a institut national de santé publique**
- **Ancien point focale du suivi de la mortalité en temps réel**
- **Ancien point focal de la plateforme national d'évaluation des programmes de santé maternelle , néonatale , infantile et la nutrition**

Cher maître

Nous vous remercions de m'avoir accepté malgré vos multiples occupations et c'est aussi un grand honneur de codiriger ce travail.

Nous avons apprécié vos qualités humaines et professionnelles. J'ai appris auprès de vous qu'avec la patience, on obtient le meilleur des personnes.

Veillez agréer, l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maitre et directeur de thèse

Professeur Hamadoun Sangho

- **Professeur titulaire en santé publique à la Faculté de Médecine, d'Odonto-Stomatologie**
- **Ex-Directeur Général du Centre de Recherche et Documentation pour la survie de l'Enfant (CREDOS)**
- **Chef du département d'enseignement et de la recherche (DER) en santé publique**

Cher maître :

Vous nous avez fait un grand honneur en confiant ce travail et surtout de nous aider à le réaliser en ne ménageant aucun effort. Vos qualités humaines et scientifiques, votre disponibilité et simplicité font de vous un maître admiré de tous.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

SIGLE ET ABBREVIATION

- BCEAO** : Banque Centrale des Etats de l’Afrique de l’Ouest
- BCF** : Bruit du Cœur Fœtal
- BW** : Bordet – Wassermann
- CPN** : Consultation Prénatale
- CPON** : Consultation Post Natale
- CPNR** : Consultation Prénatale Recentrée
- DPA** : Date présumé d’accouchement
- EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali
- Gs-Rh** : Groupage-Rhésus
- HTA** : Hypertension artérielle
- Hb** : Hémoglobine
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- MII** : Imprégnées d’Insecticides
- MUTEC** : Mutuelle des Travailleurs de l’Education et de la Culture
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PEV** : Programme Elargi de Vaccination
- PF** : Planning Familial
- PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- RDV** : Rendezvous
- SA** : Semaines d’Aménorrhée
- SIDA** : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise
- SP** : SulfadoxinePyrimethamine
- TPI** : Traitement préventif intermittent
- VAT** : Vaccin Antitétanique
- VIH** : Virus de l’Immunodéficience Humaine

Liste des Tableaux :

Tableau I : répartition des gestantes selon l'âge **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau II : Répartition des gestantes selon la profession **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau III: Répartition des gestantes selon l'ethnie **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau IV: Répartition des gestantes selon leur appréciation sur le coût des médicaments prescrits au centre de santé MUTEC **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau V: Existence et appréciation des éléments des locaux au niveau du centre de santé de MUTEC..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VI : Existence et fonctionnalité des matériels au centre de santé de MUTEC **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VII: répartition des agents assurant la prise en charge des gestantes au centre de santé MUTEC selon leur qualification et leur statut **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la qualification du personnel ayant effectué la CPN..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau IX: Répartition des gestantes en fonction du statut des agents ayant effectué leur CPN..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau X : Répartition des gestantes selon l'accueil au centre de santé MUTEC **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XI: Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse, les facteurs de risques et l'importance du déroulement de la CPN..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XII: répartition des gestantes selon le nombre de CPN effectué **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon les informations recueillis dans le carnet/ fiches opérationnelles ou le registre de consultations et la recherche de la carte de vaccination antitétanique de la femme pendant la grossesse du dernier enfant . **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon l'examen physique général **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XV: Répartition des gestantes selon l'examen obstétrical **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon les examens complémentaires **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon les soins préventifs **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon le plan d'accouchement **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon les relations interpersonnelles **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XX: Répartition des gestantes selon innocuité des soins.. **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXI: Répartition du personnel effectuant la CPN selon la motivation et la satisfaction de faire ce métier dans le centre de santé MUTEC **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXII: Répartition du personnel effectuant la CPN selon les difficultés rencontrées **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXIII: Répartition du personnel effectuant la CPN selon la durée d'expérience et la formation reçue **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon le temps d'attente et l'appréciation de la qualité de l'environnement **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXV: Répartition du personnel effectuant la CPN selon la supervision reçue et le profil du superviseur **Erreur ! Signet non défini.**

Table des matières

INTRODUCTION	2
I. ENONCE DU PROBLEME	4
II. OBJECTIFS	7
III. Généralités	9
3.1. Définitions opératoires des concepts.....	9
3.2. Revue de la littérature	10
IV. METHODOLOGIE.....	32
4.1. Lieu d'étude	32
4.2. Type d'étude	33
4.3. Période d'étude	33
4.4. Population d'étude :	33
4.5. Echantillonnage.....	34
4.6. Variables	34
4.7. Techniques et outils de collecte	39
4.8. Déroulement :.....	39
4.9. Traitement et analyse des données.....	40
4.10. Aspects éthiques.....	40
V. RESULTATS	41
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes	41
Tableau I : répartition des gestantes selon l'âge	41
Tableau II : Répartition des gestantes selon la profession	41
Tableau III : Répartition des gestantes selon l'ethnie	42
5.2. Appréciation de la disponibilité et le coût des médicaments au centre de santé de MUTEC	42
Disponibilité des médicaments	42
Coût des médicaments	43
Tableau IV : Répartition des gestantes selon leur appréciation sur le coût des médicaments prescrits au centre de santé MUTEC	43
5.3. Appréciation de la disponibilité de ressources et l'environnement physique au centre de santé de MUTEC	44
Tableau V : Existence et appréciation des éléments des locaux au niveau du centre de santé de MUTEC	44
Tableau VI : Existence et fonctionnalité des matériels au centre de santé de MUTEC	45
Ressources humaines	46
Tableau VII : répartition des agents assurant la prise en charge des gestantes au centre de santé MUTEC selon leur qualification et leur statut	46

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la qualification du personnel ayant effectué la CPN.	46
Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du statut des agents ayant effectué leur CPN	46
5.4. Comparaison des procédures de consultation prénatale exécutées par les agents au centre de santé de MUTEK aux procédures en vigueur au Mali	47
5.4.1. Accueil.....	47
5.4.2. Interrogatoire.....	48
5.4.3. Examen physique.....	51
5.4.4. Examens complémentaires.....	53
5.4.5. Soins préventifs et conseils pour la santé.....	53
5.4.6. Plan d'accouchement :	54
5.4.7. Relations interpersonnelles	55
5.5. Appréciation de la continuité et l'innocuité des soins au centre de santé de MUTEK :	56
5.6. Recueillir l'opinion des femmes et des prestataires au centre de santé de MUTEK	57
Opinion du personnel	57
Opinion des gestantes	58
Superviseur et supervision reçue.....	59
VI. DISCUSSIONS.....	60
CONCLUSIONS.....	65
RECOMMANDATIONS	66
REFERENCES	68
ANNEXE	71
FICHE D'ENQUETE	71
Annexel : Grille d'observation du processus de soins (prestataires).....	71
FICHE SIGNALÉTIQUE.....	79
SERMENTD'HIPPOCRATE	80

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé la mortalité maternelle est élevée, ce qui est inacceptable.

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, en 2015, 303000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse [1]. La majeure partie de ces décès se sont produits dans les pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [1].

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité depuis 1990. Dans d'autres régions d'Afrique dont l'Asie et l'Afrique du nord des progrès encore plus considérables ont été réalisés [1].

Entre 1990 et 2015 le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an. Néanmoins la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000 [1].

Le repli annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 s'est situé au-dessus de 5,5%, qui sont le taux nécessaire pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) [1].

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est, en 2015, de 239 pour 100000 naissances contre 12 pour 100000 naissances dans les pays développés.

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans [1].

Au Mali, dans l'ensemble, huit femmes sur dix (80 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé [2]. Cependant, seulement quatre femmes sur dix (43%) ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées [2].

Cette proportion a légèrement augmenté depuis l'EDSMV (74%). Par ailleurs, un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont effectué leur première visite prénatale à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois de grossesse [2]. Ce pourcentage varie de 54 % en milieu urbain à 31 % en milieu rural [2].

Le recours au CPN varie par rapport à l'âge ainsi les femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé baissent au fur et à mesure que l'âge de la mère à la naissance augmente, passant de 82 % parmi les mères de moins de 20 ans à 75 % parmi celles de 35-49 ans [2].

Cependant on observe un écart important entre les milieux de résidence : Les femmes du milieu urbain ont bénéficié plus fréquemment que celles du milieu rural des soins prénatals

dispensés par un prestataire formé (93 % contre 76 % en milieu rural) et dans 67 % des cas contre 37 % en milieu rural, elles ont effectué les quatre visites prénatales ou plus [2].

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement [2].

L'OMS recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu à moins de quatre mois de grossesse [2].

Les écarts de résidence sont importants ainsi on observe une forte différence entre les femmes du district de Bamako et celles des autres régions [2].

À Bamako, plus de neuf femmes sur dix (96 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé et 72 % des femmes ont effectué quatre visites prénatales ou plus [2].

Dans les autres régions, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé varie d'un minimum de 23 % dans la région de Kidal à un maximum de 84 % dans celle de Koulikoro [2].

De même, c'est dans la région de Kidal que le pourcentage de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus est le plus faible (9 %) et c'est dans celle de Koulikoro que ce pourcentage est le plus élevé (49 %) [2].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) représentent 21,28% de la population.

Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 325 pour 100 000 [2].

La consultation prénatale (CPN) est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer la réduction de la mortalité périnatale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères.

Le Maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle, la CPN doit s'efforcer de prendre en charge l'ensemble des femmes enceintes [3].

I. ENONCE DU PROBLEME

Les soins prénatals ont pour objectifs de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse [4].

La déperdition des soins prénatals n'est pas souhaitable parce que chaque période de la grossesse comporte son lot de risques avec une culmination à la fin de la grossesse, période à laquelle il est estimé que les deux tiers des décès maternels surviennent (Abou Zahr, cité par Beninguisse et Nikièma, 2005) [5].

Les trois dernières décennies, les estimations de l'OMS nous ont appris que Trois cent trois milles femmes mouraient chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et en 2016, 2,5 millions de nouveau-nés dans le monde mouraient dans les 28 jours qui suivent leur naissance [6].

Des millions d'autres femmes souffrent de séquelles ou infirmités pour le reste de leur vie [7]. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin en ce qui concerne les décès néonataux.

Selon les données 2016, un enfant né dans un des pays les moins avancés risque 15 fois plus de mourir pendant les 28 premiers jours de sa vie qu'un bébé dans un pays industrialisé [6].

La plupart des décès maternels et néonataux se passe en Afrique et en Asie du Sud. Alors que l'Afrique au Sud du Sahara et l'Asie représentent 80% des décès chez la mère et l'enfant à l'échelle mondiale [6].

La consultation prénatale a été exportée vers les pays en voie de développement telle qu'elle était conçue dans les pays industrialisés, sans questionnement sur son efficacité pour diminuer les morbidités et mortalités maternelles et néonatales.

Les conclusions des études conduisent à penser que quatre CPN par grossesse (12, 26, 32, 36 SA) permettent de mettre en place les interventions d'efficacité prouvées pour la mère et le nouveau-né [2].

Elles doivent être efficaces et avoir un impact réel que si le système de santé maternelle est organisé et les différents services mis en réseaux, la qualité des soins respectée et si les relations personnelles de santé/population se font dans le respect mutuel.

Les femmes africaines utilisent largement les CPN lorsqu'elles sont accessibles : cette chance doit être mise à profit pour mettre en place les actions d'efficacité avérée [8].

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale [2].

Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante [2].

Au Mali, le taux de couverture prénatale variait significativement selon le lieu de résidence, les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants entre le milieu urbain et le milieu rural (65 % en milieu urbain contre 45 % en milieu rural) [2].

Les disparités sont aussi notables selon les régions, la couverture contre le tétanos néonatal variant d'un minimum de 14 % dans la région de Kidal à un maximum de 67 % dans le district de Bamako [2].

La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal varie aussi en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique des femmes.

D'un minimum de 45 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction, le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal passe à 56 % pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et atteint un maximum de 67 % pour les femmes ayant le niveau secondaire ou plus. Pour près de sept femmes sur dix (68 %) du quintile de bien-être économique le plus élevé, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Ce pourcentage n'est que 41 % dans le quintile le plus bas [2].

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali de 2018 : 61% des cas chez les femmes enceintes qui n'avaient pas faits les consultations prénatales présentaient un facteur de risque [2].

En effet, la CPN est indispensable pour détecter de certaines pathologies qui sont des causes potentielles de décès maternels notamment les antécédents de rupture utérine, les risques annonceurs de pré-éclampsie et l'éclampsie [7].

Les causes de mortalité maternelle sont remarquablement homogènes dans le monde entier [9].

sont dus à des complications obstétricales directes [9]: les hémorragies sévères pour l'essentiel après l'accouchement, suivie des infections (habituellement après accouchement), les états hypertensifs durant la grossesse (pré-éclampsie, et éclampsie), un

travail dystocique et les avortements à risque ; 20% des décès ont des causes indirectes généralement des états médicaux préexistants (anémie, paludisme, l'hépatite notamment l'hépatite E, tuberculose pulmonaire, maladies diarrhéiques infectieuses (choléra, fièvre typhoïde, amibiase), (le tétanos, les cardiopathies, le cancer) sont aggravés par la grossesse ou l'accouchement [9].

Améliorer la santé maternelle est l'un des 8 objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés par la communauté internationale en 2000 [1].

En Afrique de l'Ouest une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Dakar) a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme [7].

– Bamako (au Mali) elles ont été faite à 86,5% par les sages-femmes ;
2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins [2].

– Les études ont montré une augmentation de la fréquence de la CPN au Mali, principalement en milieu urbain.

Aussi note-t-on une augmentation du nombre des structures sanitaires qui sont de plus rapprochées des populations.

Mais à l'observation on a une légère augmentation de la qualité des CPN [2].

Face à ce problème nous nous sommes posé un certain nombre de questions :

- quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui viennent en consultation prénatale au centre de santé de MUTEK ?
- les ressources sont-elles disponibles ?
- l'environnement physique est-il adapté ?
- est-ce que les procédures de prise en charge des consultations prénatales par les agents de santé sont conformes aux normes ?
- la continuité et l'innocuité des soins sont-elles respectées selon les normes ?
- les soins et les structures de soins sont-ils accessibles ?
- quelles sont les opinions des femmes et des prestataires sur la CPN ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que nous avons réalisé une étude sur la qualité des consultations prénatales au niveau du centre de santé de MUTEK.

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Evaluer la qualité des consultations prénatales au centre de santé de MUTEC.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes venues en consultation au centre de santé de MUTEC ;
2. Apprécier l'accessibilité aux soins et les structures de soins au centre de santé de MUTEC ;
3. Apprécier la disponibilité des ressources et l'environnement physique des soins au centre de santé de MUTEC ;
4. Comparer les procédures de consultation prénatale exécutées par les agents au centre de santé de MUTEC aux procédures en vigueur au Mali ;
5. Apprécier la continuité et l'innocuité des soins au centre de santé de MUTEC;
6. Recueillir l'opinion des femmes et des prestataires au centre de santé de MUTEC;
7. Formuler des recommandations pour améliorer de la qualité de la prise en charge des CPN.

GENERALITES

III. Généralités

3.1. Définitions opératoires des concepts

➤ **Evaluation**

L'évaluation est le jugement que l'on donne des résultats d'une activité après l'avoir mesuré et comparé aux normes préétablies et pour une période déterminée.

Ce jugement peut être satisfaisant, ou au contraire, insatisfaisant.

➤ **Appréciation**

L'appréciation est le jugement que l'on donne des résultats d'une activité après les avoir décrits et mesurés à partir d'une définition

➤ **Normes**

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

➤ **Procédures**

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

➤ **Mortalité maternelle**

C'est un décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou le lieu, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés [8].

➤ **Taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternel pour 100000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) [1].

➤ **Aire de santé :**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

➤ **Carte sanitaire :**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire.

Elle est un instrument de planification pour l'utilisation optimale des ressources.

➤ **Grossesse**

C'est un état physiologique qui débute avec la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde et se termine par l'expulsion ou l'extraction du produit de conception (accouchement).

➤ **Facteur de risque**

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

➤ **Evacuation**

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

➤ **La référence**

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

3.2. Revue de la littérature

➤ **Consultation prénatale**

La maternité est un processus normal, mais parfois des accidents graves peuvent se produire dont certains sont souvent évitables ou prévenus par des actions simples.

Cependant, un bon suivi et une surveillance régulière de l'évolution de la grossesse permettent à moindre coût de :

- dépister à temps les complications liées à la grossesse ;
- mettre les moyens nécessaires pour minimiser les conséquences maternelles et fœtales.

Ces conséquences sont : la morbidité et la mortalité maternelle, le faible poids de naissance, la mortalité néonatale, la mortalité infantile et le handicap.

En effet, la conduite actuelle de la surveillance prénatale en fonction de son rythme et de son contenu ne répond pas toujours aux objectifs d'une action pour une maternité à moindre risque.

Ce constat a pour principales causes :

- le manque d'information et de sensibilisation des femmes sur l'intérêt de la CPN ;
- l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel qualifié ;
- la mauvaise répartition des tâches ;
- le manque d'équipements dans certaines formations sanitaires ;
- la mauvaise gestion et la détérioration rapide des équipements existants dans les structures;
- l'inaccessibilité géographique des services de santé ;
- le mauvais accueil des femmes en CPN ;
- le faible revenu de certaines femmes (niveau socio-économique bas ;

- l'inadéquation entre la formation du personnel et les besoins.

En vue d'une amélioration effective dans l'atteinte des objectifs de la maternité à moindre risque, le concept de la CPNR a été adopté pour la surveillance de l'évolution de la grossesse [10].

➤ **Consultation prénatale recentrée (CPNR) [11]**

A. Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des CPN, 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 identifier comme étant «à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent

B. Eléments de la CPN recentrée [11] :

- la détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- la prévention des maladies et des complications ;
- la préparation à l'accouchement et les éventuelles complications ;
- la promotion de la santé.

a) Détection et traitement précoce des complications

Bien que la plupart des grossesses soient normales, un but important des soins prénatals est la recherche et le traitement précoces des problèmes qui pourraient compliquer la grossesse.

Les soins prénatals focalisés encouragent l'évaluation ciblée, au cours de laquelle le prestataire compétent s'entretient avec la femme, l'examine et effectue des examens complémentaires pour rechercher les signes/symptômes des maladies courantes locales, ainsi que des complications se rapportant à la grossesse.

Les complications suivantes ont une influence significative sur la santé maternelle et néonatale :

- Paludisme ;
- Anémie grave ;
- Pré-éclampsie/éclampsie ;
- VIH ;
- Infections sexuellement transmissibles (IST).

Dans les zones endémiques à forte transmission palustre, rechercher les signes/symptômes du paludisme est un élément de routine des soins prénatals focalisés.

Le diagnostic se fonde typiquement sur la présence de fièvre et considère également la région dans laquelle la femme vit ainsi que les signes/symptômes connexes.

Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et traité comme tel [12].

b) Prévention des maladies et des complications

Les soins prénatals recentrés encouragent la mise en œuvre d'interventions sûres, simples et rentables pour éviter les complications de la grossesse et de l'accouchement.

Deux interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales dans le monde la vaccination antitétanique et l'apport complémentaire en fer/folate pour éviter les carences en fer.

La carence en fer peut mener à une anémie grave qui s'associe à la prématurité, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à la mortalité maternelle et néonatale.

D'autres interventions clés chez les femmes enceintes vivant dans des pays endémiques à forte transmission palustre comportent le traitement préventif intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine - Pyriméthamine et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII). Le TPI tue les parasites du paludisme dans le sang de la femme et aide à éviter qu'ils ne s'attaquent au placenta et n'aient un effet néfaste sur le fœtus. En outre, il aide aussi à détruire les parasites qui se trouvent dans le placenta. Les MII tuent et repoussent les moustiques.

Les soins prénatals recentrés encouragent également les mesures préventives pour les autres maladies et carences nutritionnelles suivantes :

VIH/SIDA ;

Déficit en micro nutriments (vitamine A, iode, fer, zinc....) ;

Parasitoses intestinales (ankylostomiase, amibiase....) [12].

c) Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications

Si une femme est bien préparée à un accouchement normal et à des complications possibles, elle est plus apte à recevoir les soins rapides et appropriés dont elle a besoin pour préserver sa santé et celle de son nouveau-né.

Selon les statistiques, 15% de toutes les femmes enceintes développent une complication mettant leur vie en danger et que la plupart de ces complications ne peuvent pas être prévues.

Chaque femme et sa famille doivent se préparer à répondre de manière appropriée à une situation d'urgence.

Tout prestataire compétent doit aider la femme et sa famille à développer un plan pour l'accouchement.

d) Promotion de la santé :

Les soins prénatals recentrés nécessitent du temps pendant chaque consultation pour discuter des questions importantes de santé.

Le prestataire compétent devrait s'assurer que la femme et sa famille ont les informations nécessaires pour prendre les meilleures décisions possibles pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum ainsi que des conseils suffisants pour appliquer ces informations à leur situation particulière.

Dans les pays à haute prévalence de paludisme, il faudrait que les femmes enceintes et leurs familles reçoivent des messages concernant la santé et des conseils sur les thèmes suivants :

Traitement préventif intermittent :

Comment il agit pour protéger contre le paludisme et ses complications, combien il importe de revenir à la formation sanitaire pour obtenir des soins prénatals continus afin de recevoir toutes les doses recommandées ; moustiquaires imprégnées d'insecticide : où les trouver et comment les utiliser efficacement, leurs avantages et leurs innocuités pour les femmes enceintes et le fœtus ; l'Hygiène du milieu ; d'autres questions importantes dont il faut discuter sont :

- la nutrition ;
- la prise en charge des troubles mineurs de la grossesse ;
- l'utilisation de produits potentiellement nocifs (alcool, tabac, thé, le cola et le café) ;
- l'hygiène vestimentaire et corporelle ;
- le repos et l'activité ;
- les relations sexuelles et les rapports sexuels à moindre risque ;
- l'allaitement précoce et exclusif ;
- la prévention du tétanos et de l'anémie ;
- les conseils et dépistage volontaires pour le VIH ;
- la prévention d'autres maladies endémiques et des carences nutritionnelles ;
- la planification familiale ;
- la vaccination de la mère et du nourrisson [12].

C. Etapes de la CPN recentrée

Les étapes de la consultation prénatale [7].

c1. Préparer la CPN :

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

c2. Accueillir la femme avec respect et amabilité

- Saluer chaleureusement la femme ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la femme ;
- Demander son nom ;
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

c3. Procéder à l'interrogatoire/enregistrement :

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la femme : nom, prénom, âge, profession, adresse, nom et prénom du mari, profession du mari ;
- Rechercher les antécédents médicaux : maladies de la femme, maladies de la mère, du père, maladies héréditaires dans la famille ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux : parité ; gestité ; nombre d'avortements ; nombre d'enfants vivants, de mort-nés ; poids de naissance des enfants, espace inter gésésique, âge du dernier enfant ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux : césarienne ;
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle : date des dernières règles ; pathologie prénatale.
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque :
 - Toxémie ;
 - Diabète ;
 - HTA ;
 - Cardiopathie etc.
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultation et les fiches opérationnelles.

c4. Procéder à l'examen

✓ ***Examen général***

- Faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire
- Expliquer à la cliente le déroulement de l'examen ;
- Demander à la cliente de se déshabiller (en privé) ;

- Observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis) ;
- Peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée) ;
- Mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards) ;
- Prendre la tension artérielle (assise) ;
- Aider la femme à s'installer sur la table d'examen ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel ;
- Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) ;
- Recherche les œdèmes au visage ;
- Examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, recherche d'une exophtalmie) ;
- Examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire) ;
- Palper la glande thyroïde (goitre) ;
- Examiner les seins (recherche de sécrétion ou de nodules) ;
- Ausculter le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffles), et les poumons (recherche de râles) ;
- Palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépato splénomégalie) ;
- Examiner la région de l'ombilic de hernie ou cicatrice de laparotomie) ;
- Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes) ;
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.
- Examen du sein :
- ✓ **Conditions de l'examen :**
 - Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
 - Lui demander de se déshabiller ;
 - Existence de lumière suffisante.
- ✓ **Examen**
 - Inspection :
 - Observer les seins de la cliente debout et assise à la recherche de symétrie des seins ;
 - Vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes ;
 - Demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps, s'il y a rétraction du mamelon ;
 - Demande à la cliente de se coucher sur la table d'examen ;

- Placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrans.

Palpation :

- Palper avec les deux mains à plat les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant à examiner et palper vers le mamelon ;
- Palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main ;
- Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins ;
- Demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour recherche une asymétrie des seins) ;
- Placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse ;
- Presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang) ;
- Recommandé à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est fréquent chez la femme.

✓ **Procéder à l'examen obstétrical :**

- Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical ;
- Mettre la femme en position gynécologique ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ;
- Palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux ;
- Mesurer la hauteur utérine ;
- Ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF) ;
- Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles ;
- Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire ;
- Placer le spéculum ;
- Observer le col et le vagin (état, pathologies) ;
- Faire des prélèvements, si nécessaire ;
- Retirer le spéculum ;
- Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination ;
- Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
- Examiner le bassin ;
- Examiner et sentir les pertes sur les gants ;

- Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse ;
- Tremper le matériel dans la solution de décontamination ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire ;
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;
- Enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

✓ **Demander les examens complémentaires**

A la première consultation

- Demander le Gs-Rh ;
- Demander le test d'Emmel, le taux d'Hémoglobine, le BW albumine/sucre dans les urines;
- Demander/faire le test VIH après counseling.
- Les autres examens seront demandés selon le besoin.

Pour les autres consultations

- Demander albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires.

✓ **Prescrire les soins préventifs**

- Vacciner la femme contre le tétanos ;
- Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) ;
- Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique :
 - 1^{ère} Prise : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux ;
 - 2^{ème} Prise : 8^{ème} mois de la grossesse au plus tard.
 - l'intervalle minimum est de 1 mois entre les 2 prises ;
 - la prise doit être supervisée (en présence du prestataire) ;
- la femme doit dormir sous moustiquaire imprégnée insecticide (MII) pendant toute la durée de la grossesse et observer les mesures d'hygiène ;
- la SP est contre indiquée au 1er trimestre à cause de la pyriméthamine et au 9ème mois.
- Prescrire le fer acide folique
- Assurer la supplémentation en fer et acide folique :
 - du 1^{er} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :
 - donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (1cp)

- du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :
- donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (2cp).
- espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer acide folique à cause de leur interférence .

*Si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement ;

*Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.

- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œufs, lait, poisons, viande, feuilles vertes...), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;
- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

✓ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Si la femme présente des pathologies, lui prescrire des médicaments en cas de besoin

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

✓ **Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille**

- Identifier un prestataire complémentaire ;
- Identifier le lieu de l'accouchement ;
- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- Informer de la nécessité de recourir le plus tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement ;

✓ **Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger**

- Maux de ventre et de dos ;
- Contractions régulières et douloureuses ;
- Glaire striée de sang (bouchon muqueux).

✓ **Signes de danger chez la femme enceinte**

- Saignements vaginaux ;
- Respiration difficile ;
- Fièvre ;
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ;
- Convulsions/pertes de conscience ;
- Douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine.
- Contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- Pertes ensanglantées ;
- Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes).

✓ **Donner le prochain rendez-vous :**

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

- une au 1er trimestre ;
- une au 2ème trimestre ;
- deux au 3ème trimestre dont une au 9ème mois.

Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin.

NB : Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

✓ **Consultation prénatale de suivi :**

Rechercher :

- Signes de danger ;
- Symptômes et signes de maladies ;
- Identifier une présentation vicieuse ;
- Problèmes/changements depuis la dernière consultation ;
- Sensibiliser la femme sur les mesures préventives ;
- Sensibiliser la femme sur la PF ;
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- Raccompagner la femme après l'avoir remerciée ;
- Presser doucement le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétion (lait, pus, sang) ;

- Palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire en abaissant le bras gauche de la cliente le long du corps puis renouveler le même geste du côté droit ;
- Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est rendue compte ;
- Si oui quand l'a-t-elle constatée pour la première fois ? Alors Rassurez-la ;
- Prendre en charge ou référer la cliente en cas de masse pour une meilleure prise en charge.

Autopalpation des seins :

- Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins ;
- Demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour recherche une asymétrie des seins) ;
- Placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse ;
- Presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang) ;
- Recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est fréquent chez la femme.

D. Prise en charge des pathologies et des complications

d1. Vomissements gravidiques

Définition :

C'est le rejet d'une partie ou de la totalité du contenu gastrique en rapport avec l'état de grossesse.

Les vomissements gravidiques peuvent être simples ou compliqués.

Ils sont dits simples lorsqu'ils n'ont aucun retentissement sur l'état général tandis qu'ils sont compliqués lorsqu'ils s'accompagnent d'une altération de l'état général et ou d'une perte de poids supérieur à 10% du poids corporel.

D1.1. Eléments de diagnostic :

- Nausées ;
- Vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, fréquents, imprévisibles ;
- Pertes de poids ;
- Anorexie (perte d'appétit);
- Anxiété parfois.

D1.2. Signes et symptômes de gravité :

- Altération de la conscience ;
- Perte de poids ;
- Tension artérielle pincée (différence entre la systolique et la diastolique ≤ 2)

- Tachycardie supérieure à 100 battements par minute à l'auscultation ;
- Pouls rapide.

D.2. Fièvre et grossesse

D.2.1. Définition :

- On parle de fièvre quand la température centrale atteint ou dépasse 38°C. Il faut rapidement rechercher une cause et entreprendre un traitement parce qu'il s'agit de situations qui augmentent la morbidité et la mortalité materno-fœtales ;

D.2.2. Principales causes de fièvre au cours de la grossesse :

- **Paludisme au cours de la grossesse**

a. Définition :

C'est une maladie due à un parasite du genre plasmodium. Il faut y penser le plus souvent, mais il faut savoir que ce n'est pas la seule cause de fièvre au cours de la grossesse.

b. Eléments de diagnostic :

Signes du paludisme simple :

- Fièvre (Température axillaire \geq à 37,5°C) ;
- Douleurs musculaire ;
- Faiblesse articulaire ;
- Frissons et courbatures ;
- Troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie) ;
- Fatigue avec douleurs musculaires ;
- Pas d'appetit ;
- Maux de tête.

c. Signes du paludisme grave et compliqué

- Convulsions ;
- Coma ;
- Hémorragie spontanée (Coagulation Intra vasculaire Disséminée : CIVD) ;
- Ictère ;
- Anémie sévère ;
- Collapsus cardiovasculaire ;
- Œdème aigu du poumon (OAP) ;
- Hémoglobinurie (urines coca cola).

D.3. Infection ovulaire (Chorioamniotite)

a. Définition :

C'est l'infection de la cavité amniotique. Elle survient après l'ouverture de l'oeuf.

b. Eléments de diagnostic :

- Fièvre ;
- Ecoulement de liquide amniotique purulent, louche, nauséabond ;
- Utérus tendu et douloureux.

D.4. Grippe

a. Définition :

C'est une affection virale des voies respiratoires. C'est la plus fréquente dans nos régions.

b. Eléments de diagnostic :

- Ecoulement nasal ;
- Maux de tête ;
- Fièvre ;
- Fatigue généralisée.

D.5. Infection urinaire

a. Définition :

Elle est due à une colonisation des voies urinaires par des bactéries. C'est la plus fréquente des infections survenant au cours de la grossesse. Elle peut être simple (cystite), grave et compromettre le pronostic materno-foetal (pyélonéphrite). C'est une cause importante d'accouchement prématuré.

b. Eléments de diagnostic :

- Brûlure mictionnelle ;
- Mictions fréquentes.
- Douleurs lombaires ;
- Fièvre ;
- Vomissements parfois.

D.6. Infection respiratoire

a. Définition :

C'est l'infection bactérienne ou virale des voies respiratoires.

b. Eléments de diagnostic :

- Fièvre ;
- Toux ;

- Expectorations ;
- Asthénie.

D.7. Autres infections (fièvre typhoïde, hépatites)

- En cas de fièvre pendant la grossesse, il est urgent de faire baisser la température par la prise de PARACETAMOL et par le bain.

D.8. HTA et grossesse

a.Définition :

On parle d'hypertension artérielle au cours de la grossesse, quand la pression artérielle est supérieure ou égale à 14/9 cm Hg (140/90 mm Hg).

b.Classification :

On distingue 4 types d'hypertension artérielle au cours de la grossesse :

- Type I = pré éclampsie (toxémie gravidique).
- Type II = Hypertension artérielle préexistante à la grossesse ou hypertension artérielle chronique.
- Type III = Pré éclampsie surajoutée.
- Type IV = Hypertension artérielle gestationnelle ou hypertension artérielle isolée de la grossesse.

c.Eléments de diagnostic :

Type I : Toxémie gravidique ou pré éclampsie

- Elle apparaît en général après 20 semaines d'aménorrhée.
- La protéinurie à la bandelette est toujours supérieure ou égale à 2 croix (++).
- Il existe des oedèmes des membres inférieurs parfois.
- Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue :
 - o HTA modérée : TA diastolique compris entre 90 mm Hg et 109 mm Hg; et ou TA systolique entre 140 mm Hg et 159 mm Hg ;
 - o HTA sévère : TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg et ouTA systolique supérieure à 160 mm Hg.

La présence d'un des signes suivants doit faire poser le diagnostic de pré éclampsie sévère :

- Douleur épigastrique en barre ;
- Diurèse inférieure à 400 cc ;
- TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg et ouTA systolique supérieure à 160 mm Hg ;

- Protéinurie supérieure ou égale à 5g par 24 H (ou supérieure ou égale à 3 croix à la bandelette urinaire) ;
- Troubles visuels (scotome) ;
- HELLP syndrome (hémolyse, élévation des transaminases hépatiques, thrombopénie) ;
- Oligoamnios ;
- Retard de croissance intra utérin ;
- Ascite.

Type II : Hypertension artérielle préexistante à la grossesse

C'est une femme enceinte qui est hypertendue connue avant la grossesse. La grossesse survient dans ce contexte et évolue sans aggraver l'HTA.

Type III : prééclampsie surajoutée

C'est le cas d'une femme hypertendue connue avant la grossesse et chez qui apparaissent au cours de la grossesse une protéinurie.

Type IV : Hypertension artérielle gestationnelle récidivante

- L'HTA apparaît au cours de chaque grossesse et disparaît après l'accouchement.
- Peut se manifester sous forme de :
- HTA simple (pas d'œdème, ni de protéinurie ou s'il y a protéinurie, elle ne dépasse jamais une croix à la bandelette urinaire (+)).

D.9. Hémorragies au cours de la grossesse

a. Définition

On entend par hémorragies au cours de la grossesse, toute perte de sang d'origine génitale, survenant à tout âge de la grossesse, quel que soient l'importance et l'étiologie et ses répercussions sur l'organisme maternel et foetal.

On distingue :

- Les hémorragies du premier trimestre : grossesse extra-utérine, avortement (spontané ou provoqué), grossesse molaire ;
- Les hémorragies du deuxième trimestre : placenta bas inséré , menace d'avortement tardif, menace d'accouchement prématuré;
- Les hémorragies du troisième trimestre : placenta praevia, hématome rétro-placentaire, rupture utérine.

E. Plan d'accouchement

✓ Planifier l'accouchement :

- Définir un lieu pour l'accouchement

- Identifier un prestataire de soins compétent,
- Savoir comment contacter ce/cette prestataire
- Prévoir comment se rendre sur le lieu d'accouchement
- Choisir la personne qui va accompagner la femme jusqu'au lieu d'accouchement et lui tenir compagnie
- Nommer la personne qui va s'occuper de la famille pendant que la femme est absente
- Identifier la personne qui autorisera la femme à aller à la maternité
- Définir la somme d'argent qu'il faudra prévoir et comment la récolter
- ✓ **Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement**
- ✓ **Etablir un plan/système pour le financement de l'accouchement**
- ✓ **Préparer un plan pour les complications éventuelles**
 - Reconnaître les signes de danger
 - Etablir un plan pour un compte d'épargne à cet effet
 - Etablir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir lors de l'absence du décideur principal
 - Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence
- ✓ **Retard à reconnaître le problème :**
 - Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication.
 - Si les femmes enceintes, leurs familles, et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.
- ✓ **Retard à l'accès au centre de soins :**
 - Quand une femme présente une complication, elle doit avec sa famille prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié.
 - Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille.
 - Les autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente.
 - Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.
- ✓ **Retard à l'arrivée de la structure appropriée :**

- Une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire. Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.
- De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur. Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.
- ✓ **Retard à recevoir des soins de qualité :**
 - Une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité. Si les soins délivrés sont ni de qualité, ni appropriés, elle serait arrivée en vain.
- ✓ **Les principaux éléments d'un plan d'accouchement sont décrits ci-dessous.**
 - *Accouchement dans un établissement de santé :*
 - Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé ;
 - Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement elles ne sont pas toujours prévisibles ;
 - Un établissement de santé dispose de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent, si nécessaire, de fournir les meilleurs soins possibles.
 - En outre, il est doté d'un système d'évacuation.
 - *Expliquer quelles dispositions il faut prendre*
Passer en revue avec la patiente les points à régler :
 - Comment elle se rendra sur place, et si elle aura besoin d'emprunter un moyen de transport payant pour s'y rendre ;
 - Combien cela lui coûtera d'accoucher à l'établissement de santé, et comment elle va payer;
 - Si elle peut économiser dès le présent pour faire face à ces dépenses ;
 - Qui l'accompagnera et la soutiendra pendant le travail et l'accouchement ;
 - Qui s'occupera de sa maison et de ses enfants pendant son absence.
 - *Lui indiquer quand se présenter à l'établissement de santé :*
 - Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail ;

- Si elle habite loin, il faut qu'elle parte deux à trois semaines avant la date d'accouchement prévue et séjourne soit dans un foyer d'accueil pour les femmes en fin de grossesse, soit en compagnie de sa famille ou d'amis, à proximité de l'établissement ;
- Lui recommander de demander l'aide de la communauté, si nécessaire.
- *Expliquer à la patiente ce qu'il faut amener :*
 - Le carnet de CPN/fiche personnel ;
 - Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant ;
 - Des linges propres supplémentaires qui serviront de protections périodiques après l'accouchement ;
 - Des vêtements pour elle et pour l'enfant ;
 - Savon, seau, alèze, eau de javel.
- *Expliquer quels sont les signes d'entrée en travail :*

Recommander à la patiente de se rendre à l'établissement de santé ou de contacter une accoucheuse qualifiée si l'un des signes suivants se présente :

 - Pertes vaginales sanglantes et gluantes ;
 - Douleurs abdominales irradiantes vers le dos ;
 - Contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins ;
 - Rupture de la poche des eaux.

✓ **Pourquoi les femmes meurent-elles ?**

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin pour éviter de mettre leur vie en danger sont les suivants :

- l'inaccessibilité géographique ;
- un coût inabordable des soins (les frais directs pour les soins médicaux, le transport, les médicaments, etc.) ;
- les charges multiples des femmes ;
- l'impossibilité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille ;
- une mauvaise qualité des soins, un mauvais accueil ou un mauvais traitement des femmes par les prestataires, ne les encouragent pas à se rendre au centre pour se faire soigner.

Ces facteurs se traduisent par les retards suivants :

- *Retard à reconnaître le problème :*

Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication.

Si les femmes enceintes, leurs familles et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger, ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.

- *Retard à l'accès au centre de soins :*

Quand une femme présente une complication, elle doit avec sa famille prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié.

Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille.

Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente.

Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.

- *Retard à l'arrivée dans la structure appropriée :*

Une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire.

Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soin ou se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur.

Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.

- *Retard à recevoir des soins de qualité :*

Une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité.

- ✓ **Signes de danger chez la femme enceinte**

Nous savons que 15% des femmes enceintes vont développer une complication pendant la grossesse, le travail, l'expulsion ou lors du postpartum, et que 1 à 2% d'entre elles vont mourir.

L'évidence montre qu'il est presque impossible de prévoir quelle femme présentera une complication.

Il est donc extrêmement important de travailler en collaboration avec les femmes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître les complications et d'établir un plan d'action, au cas où cette situation surviendrait.

Une telle préparation pourrait sauver la vie de beaucoup de femmes et leur permettre d'arriver plus tôt sur les lieux d'accouchements où elles peuvent recevoir les soins de santé nécessaires, dans des services compétents.

Les membres de la famille et les relais communautaires doivent savoir reconnaître les signes de danger.

Beaucoup de temps pourrait être gagné si les membres des familles pouvaient reconnaître une anomalie et identifier le moment opportun pour envoyer la femme au centre de soins en s'assurant des arrangements de transport.

Dans le cadre de l'hémorragie du post-partum, le décès peut avoir lieu en deux heures, par conséquent, c'est le temps épargné par la préparation du plan qui peut faire la différence entre la survie et la mort de la femme.

Il faut recommander à la femme de se rendre immédiatement à l'hôpital/au centre de santé, de jour comme de nuit, sans attendre, si l'un des signes suivants se présente :

Saignement vaginal ;

- Convulsions ;
- Céphalées sévères associées à une vision floue ;
- Fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit ;
- Douleur abdominale intense ;
- Respiration rapide ou difficile ;
- Elle se sent malade ;
- Elle a les doigts, le visage et les jambes enflés.

✓ **Préparer un plan pour les complications éventuelles**

Il est important d'impliquer autant que possible les membres de la famille dans l'élaboration d'un plan pour les complications éventuelles.

Si la femme seule est impliquée, elle sera moins encline à mettre le plan en « marche » lorsqu'elle présentera une complication.

Établir un plan pour épargner à cet effet : il faut encourager la famille à épargner pour que les fonds nécessaires soient disponibles pour les soins d'urgence.

Au fil des consultations avec la femme, évaluer les besoins financiers, les ressources nécessaires pour répondre à ces besoins et les méthodes pour accéder à ces fonds.

Il faut s'assurer que les fonds soient suffisants et disponibles avant le début du travail.

Établir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir en l'absence du décideur principal.

Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur dans chaque famille.

Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente.

Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès

Si une urgence survient en l'absence du décideur principal.

Il est important de discuter de la question pour savoir comment la famille peut prendre des décisions urgentes sans perturber ou offenser les valeurs culturelles.

Dans la mesure du possible, il faut déterminer quel membre de la famille serait en mesure de prendre une décision en l'absence du décideur principal.

Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence :

Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents et qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

Chaque famille devrait avoir un plan pour transporter la femme si elle présente des complications et si elle a besoin d'être référée à un niveau supérieur de soins de santé.

Il faut préparer ce plan dès le début de la grossesse et il devrait inclure les éléments suivants :

- Où la femme devrait se rendre si elle souffre d'une complication ;
- Comment accéder au prochain niveau de soins en cas d'urgence ;
- Quel membre de la famille devrait l'accompagner ;
- Comment acquérir les fonds nécessaires en cas d'urgence.
- *Prendre les dispositions pour un donneur de sang :*

Un problème majeur dans beaucoup de structures est que malgré le fait que tout le nécessaire pour faire une transfusion soit disponible, il y a un manque chronique de sang.

Un autre problème est naturellement l'approvisionnement en sang qui ne soit pas « à risque » pour la femme lors de la transfusion (sang non contaminé, non infecté ...).

Les femmes présentent un risque élevé de développer une infection par transmission sanguine dans la mesure où la naissance et les complications obstétricales potentielles sont vectrices de déperditions sanguines importantes.

Pour ces deux raisons il est extrêmement important que la femme désigne des donneurs de sang qui soient disponibles en cas d'urgence aussi bien au cours de la grossesse, du travail, ou de l'expulsion qu'au cours du post-partum immédiat [11].

IV. METHODOLOGIE

4.1. Lieu d'étude

Notre étude a eu lieu au centre de santé de la MUTEC, qui est situé dans l'aire de santé de la commune III du district de Bamako au Mali.

4.1.1. Situation géographique [13]

Le centre de santé de la MUTEC est situé dans le quartier du fleuve, en plein centre-ville, aux pieds du siège de la BCEAO (Banque centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest).

Cette localisation a été choisie parce que cette position centrale lui permettait de recevoir des adhérents de tous les quartiers. La commune III s'étend sur une superficie de 23 km² soit 7% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée à l'Est par le boulevard du peuple, à l'Ouest par la commune IV, au Nord par la commune de Kati, au Sud par la portion du fleuve Niger.

Elle compte 20 quartiers dont 14 quartiers centraux lotis et 6 périphériques partiellement ou non lotis.

4.1.2. Données démographiques [14]

La commune III est composée d'une population cosmopolite et regroupe les différentes ethnies du Mali. Sa population est estimée à 100755 habitants répartis entre 49370 hommes soit 49% et 51385 femmes soit 50% avec 5832 concessions et 13617 ménages.

4.1.3. Les locaux [14]

Le centre de santé de la MUTEC est situé dans des locaux qui lui appartiennent et comprend 5 bâtiments et 3 annexes repartis en 4 secteurs :

- *un bâtiment de consultation médicale* qui abrite un bureau de consultation médicale, une salle d'échographie, une véranda servant de salle d'attente pour les malades, une pharmacie, une toilette pour les personnels.
- *Un bâtiment de soins infirmiers* comprenant : un bureau de l'infirmier, une salle pour les malades en observation et les perfusions, équipée de 2 lits, une salle d'injections et de pansements, un laboratoire d'analyses médicales, une salle de garde, une toilette pour les personnels, une véranda servant de salle d'attente.
- *Une maternité* : un bureau de la sage-femme, une salle d'accouchement, une salle de garde, une salle de consultation pour femmes et enfants, une toilette pour les personnels, une véranda servant de salle d'attente.
- *Un bâtiment administratif* comprenant : le bureau du gestionnaire, un secrétariat.
- *Les locaux du cabinet dentaire et de la boutique optique.*

4.1.4. Personnel [14]

Lors de notre étude, le personnel se composait de 16 personnes : deux médecins généralistes, un gestionnaire, une gérante de pharmacie qui est infirmière d'état, une technicienne de laboratoire, deux sages-femmes, un technicien de santé, deux infirmiers du premier cycle, une infirmière obstétricienne, un opticien, un aide comptable, un chauffeur, un gardien et une laveuse.

Par ailleurs le centre reçoit des élèves et étudiants stagiaires.

4.1.5. Déroulement de la CPN au centre de santé MUTEC

Les CPN se font tous les jours du lundi au vendredi à l'exception du mercredi. Elles sont assurées par une sage-femme tutélaire, les stagiaires et les bénévoles.

4.1.6. Critères de choix du centre de santé MUTEC

Depuis sa création, en 1990 le centre n'a cessé d'acquérir des innovations dans les différentes prestations qu'il offre au public.

Après plusieurs années de fonctionnement et constituant l'une des premières expériences d'assurance maladie volontaire en république du Mali, la garantie santé connaît actuellement une grande adhésion de la population qui s'intéresse de plus en plus à sa prise en charge en matière. Le centre de santé MUTEC offre également l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

4.2. Type d'étude

Notre étude était transversale, descriptive à visée évaluative.

4.3. Période d'étude

Nous avons réalisé la collecte des données sur le terrain sur une période allant du 28 octobre 2019 au 7 février 2020.

4.4. Population d'étude :

Elle était composée des cibles suivantes :

- Gestantes reçues pour la consultation prénatale pendant la période d'étude ;
- Les agents de santé chargés des consultations prénatales recentrées dans le centre de santé de MUTEC.

4.4.1. Critères d'inclusion

Comme critères d'inclusion, notre étude a retenu :

- toutes les gestantes, qui se présentaient au centre de santé de MUTEC pendant l'enquête et qui acceptent de participer à l'étude ;

- les agents de santé du centre de santé de MUTEK chargés de la consultation prénatale recentrée et qui acceptent de répondre à nos questions.

4.4.2. Critères de non inclusion

- Les gestantes reçues dans le centre de santé de MUTEK, remplissant les critères d'inclusion mais qui refusent de répondre à nos questions ou qui n'étaient pas en état de répondre aux questions ;
- les agents de santé impliqués dans la consultation prénatale recentrée et qui n'acceptent pas de répondre à nos questions.

4.5. Echantillonnage

La technique a été exhaustive portant sur tous les cas de grossesses suivies, enregistrés dans le service au cours de la période d'étude.

L'échantillonnage a été exhaustif pour les gestantes reçues en CPN.

Le choix raisonné a été utilisé pour les agents de santé, car il s'agissait de ceux impliqués dans la prise en charge des consultations prénatales.

Taille de l'échantillon

L'enquête a concerné :

- cinq (05) sages-femmes et une infirmière obstétricienne ;
- deux cent (200) gestantes observées (CPN) et interrogées.

4.6. Variables

Nous avons retenu les variables suivantes :

a) *Caractéristiques sociodémographiques des gestantes*

- Age ;
- Statut matrimonial ;
- Profession ;
- Résidence ;
- Niveau d'instruction.

b) *Caractéristiques du personnel*

- Qualification ;
- Durée dans le travail
- Statut (fonctionnaire, contractuel) ;
- Formation reçue ;
- Supervision ;
- Satisfaction ;

- Difficultés rencontrées.
- c) *Variables en rapport avec la disponibilité des ressources, infrastructures et l'environnement physique des soins*
 - Disponibilité : elle a porté sur l'existence du personnel qualifié, du matériel médical et des médicaments essentiels.
 - Infrastructures : Nous avons apprécié l'état des locaux, le système de protection contre la poussière et la clôture, l'existence de salle de consultation et de salle d'attente.
 - Environnement physique des soins :
 - o nous avons vérifié l'existence de robinet dans la cour, de poubelles ;
 - o la disponibilité en bancs ;
 - o la présence d'affiches;
 - o la propreté/hygiène, l'aération des espaces ont été appréciées.

d) *Variables en rapport avec le processus de soins*

d1) Procédures de la CPN :

Elles décrivent les étapes de la CPN recentrée dans un ordre chronologique et logique.

Il s'agit de :

- préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires ;
- accueillir la femme avec respect et amabilité : saluer chaleureusement la femme;
- Souhaiter la bien-venue, offrir un siège, se présenter à la femme, demander son nom, assurer la confidentialité.

NB : les clientes seront prises en charge par ordre d'arrivée, en dehors des cas urgents qui sont prioritaires.

Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement :

- informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- rechercher les antécédents médicaux ;
- rechercher les antécédents obstétricaux ;
- rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demandé l'histoire de la grossesse actuelle ;
- rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

Procéder à l'examen :

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

Demandé des examens complémentaires : A la première consultation :

- demander le groupe sanguin rhésus ;
- demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage) ;
- albumine / sucre dans les urines ;
- demander le test de VIH après counseling ;
- demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément.
- Les autres examens seront demandés au besoin :

Pour les autres consultations

- Demander Albumine / sucre systématiquement dans les urines et examens complémentaires au besoin ;
- Demander l'échographie :
 - à 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
 - à 22 SA pour la croissance fœtale.

Prescrire les soins préventifs :

- vacciner la femme contre le tétanos ;
- prescrire la sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) :
 - la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ;
 - la 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante ; 2ème prise après la 32ème semaine d'aménorrhée ;
- prescrire le fer acide folique ;
- donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...) ;
- l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;
- donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire : expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Signes du travail :

- contractions régulières et douloureuses ;

- glaires striées de sang (bouchon muqueux) ;
- modifications du col (effacement et dilatation).
- Signes de danger chez la femme enceinte :
 - saignements vaginaux ;
 - respiration difficile ;
 - fièvre ;
 - douleurs abdominales graves ;
 - maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille ;
 - convulsion / Perte de conscience ;
 - douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée ;
 - rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

Donner le prochain rendez-vous :

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

- une au 1er trimestre ;
- une au 2ème trimestre ;
- deux au 3ème trimestre. Insister sur l'importance du respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.
- Remercier et raccompagner la gestante consultation prénatale de suivi :
 - En plus des gestes de la CPN initiale, procéder comme suite :
 - demander l'histoire depuis la dernière consultation ;
 - rechercher les signes de danger ;
 - procéder à l'examen physique ciblé ;
 - demander les examens complémentaires au besoin ;
 - prescrire les soins préventifs ;
 - prescrire les soins curatifs au besoin ;
 - donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la PF, les mesures préventives ;
 - rappeler la date probable de l'accouchement ;
 - Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale.

d2) Continuité des soins :

Les paramètres relatifs à la continuité des soins sont :

Communique la date de RDV, dit où aller accoucher, explique les raisons de l'accouchement au lieu convenu, explique la prestation, conseille sur l'alimentation, conseille sur l'hygiène, annonce la DPA, dire l'évolution de la grossesse, explique les signes d'alerte.

d3) Relations interpersonnelles :

écoute attentive, courtoisie, communication non verbale, vocabulaire approprié, explique pendant examen, rassure la femme, informe sur le résultat.

d4) Innocuité des soins :

concerne la prévention des infections nosocomiales par le personnel : port de blouse, lavage des mains avant et après les soins, sécher les mains avec une serviette propre, port de gant, mettre les gants dans la poubelle, tissu étalé sur la table.

d5) Gestion des déchets biomédicaux au sein du Centre de santé de MUTEC :

Tri et élimination des déchets, existence d'incinérateur fonctionnel.

d6) Variables sur l'opinion des gestantes :

La satisfaction des bénéficiaires sera appréciée à travers les éléments suivants :

- Satisfaction des services de consultation par les agents (oui ou non)
- Motifs de satisfaction des services de CPN (disponibilité du personnel, disponibilité des médicaments, accueil, temps d'attente court, prise en charge) ;
- État des locaux ;
- Coût des médicaments (élevé, moins élevé) ;
- Environnement de la maternité (propre, pas propre).

Aspects opérationnels des variables :

Les procédures en matière de CPN au Mali décrivent les étapes de CPN, les actes et gestes dans un ordre logique et chronologique pour garantir la qualité.

Pour rendre opérationnelle les variables en relation avec les procédures, nous nous sommes référés aussi aux données de la littérature.

Nous avons attribué 1 point si l'acte est réalisé (Procédures) ou si l'élément existe (environnement physique), 0 point si non réalisé.

- ✓ L'environnement physique est apprécié « bon » si tous les éléments recherchés sont disponibles et il est apprécié « mauvais si un des éléments recherchés est absent.
- ✓ Pour les procédures

Nous avons ensuite calculé des scores pour apprécier la qualité de chaque étape. Trois catégories d'appréciation de l'étape ont été déterminées :

- si le score est $\geq 80\%$, appréciation de la qualité est " bonne " ;

- si le score est entre 60 et 80%, l'appréciation de la qualité est "moyenne" ;
- si le score est < 60%, l'appréciation de la qualité est "mauvaise".

Ensuite nous avons calculé les % pour la qualité globale de la CPN en totalisant les points pour les variables des étapes. Ceci a permis de déterminer 3 catégories de la qualité globale des CPN :

- Si le score est $\geq 80\%$, la prise en charge des CPN est de "bonne qualité";
- Si le score est entre 60 et 80%, la qualité de la prise en charge est "moyenne" ;
- Si le score est < 60%, la qualité de la prise en charge est "mauvaise".

4.7. Techniques et outils de collecte

Plusieurs techniques de collecte ont été utilisées :

L'observation : elle était non participative ouverte et a concerné :

- les prestataires de la CPNR afin d'apprécier l'application correcte ou non des procédures en vigueur au Mali;
- le matériel, l'environnement physique.

L'entretien : elle a été faite avec :

- les prestataires, pour apprécier les conditions de travail et recueillir leur opinion sur les prestations fournies ;
- les femmes enceintes : elles ont été interrogées à la sortie des postes de consultation pour recueillir leur opinion sur la qualité des soins reçus.

Les outils de collecte :

les outils suivants ont été élaborés :

- *grilles d'observation* : pour les prestataires de la CPNR, le matériel, l'environnement physique ;
- *guides d'entretien* pour les prestataires et les femmes.

4.8. Déroulement :

Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la tenue de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le directeur de thèse.

La collecte a été réalisée du 28 octobre 2019 au 7 février 2020.

Une séance de formation d'une journée sur le remplissage des outils et les techniques de collecte a été organisée sous la supervision du directeur de thèse.

Les quatre premières fiches d'enquête ont été remplies et ont servi de pré-test en vue de corriger les insuffisances.

Avant tout contact avec les services de CPN, des démarches administratives ont été entreprises auprès du médecin chef pour informer le personnel chargé des consultations prénatales sur les objectifs de l'enquête et obtenir leur consentement.

Les outils remplis ont été examinés chaque jour en fin de journée pour corriger d'éventuelles erreurs de remplissage.

La collecte était assurée par moi-même.

A chaque admission de gestante, nous lui avons expliqué l'objet de notre présence en vue d'obtenir son consentement.

Nous avons suivi le déroulement de la consultation à distance sans intervenir.

A chaque geste, nous avons rempli la grille d'observation contenant la liste de contrôle des pratiques.

Les consultations prénatales ayant lieu tous les jours ouvrables sauf le mercredi, nous avons assisté à toutes les séances jusqu'à obtenir la taille requise pour notre enquête.

4.9. Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été à la fois manuel et informatisé.

Les étapes suivantes ont été suivies :

- la vérification des données et correction des éventuelles erreurs d'enregistrement sur les fiches de collecte de données ;
- Les données collectées ont été saisies sur le logiciel Excel 2013 et traitées par le logiciel SPSS

L'analyse de la qualité des consultations prénatales s'est déroulée comme suit :

- la qualité des gestes et pratiques effectués par la sage-femme (fait/non fait);
- la qualité globale de consultation prénatale des gestantes en faisant la moyenne des scores.

4.10. Aspects éthiques

Les sages-femmes ont expliqué aux gestantes notre présence en indiquant notre profession et les objectifs de l'enquête. Un consentement libre et éclairé a été obtenu auprès des différentes cibles avant le démarrage des entretiens. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Elles ont été rassurées sur le fait qu'elles ne couraient aucun risque en refusant d'y participer. La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés. Les fiches d'enquête ont été gardées dans des chemises.

V. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Tableau I : répartition des gestantes selon l'âge

L'âge (en année)	Effectif	Pourcentage (%)
20-24	79	39,5
25-29	40	20
30-34	33	16,5
14-19	26	13
35-39	12	6
40-44	10	5

La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentée soit 39,5%, l'âge moyen était de 32 ans avec des extrêmes allant de 20 à 44 ans.

Tableau II : Répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	132	66,0
Commerçante	7	3,5
Elève/Étudiant	43	21,5
Fonctionnaire	9	4,5
Profession libérale*	9	4,5
Total	200	100,0

* Vendeuse, couturière, nettoyage, coiffeuse, aide-ménagère.

La profession ménagère était la plus représentée dans une proportion de 66%.

Tableau III : Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	81	40,5
Peulh	35	17,5
Soninké	29	14,5
Malinké	18	9,0
Sonrhäi	14	7,0
Dogon	12	6,0
Kakolo	5	2,5
Diawando	3	1,5
Autre*	3	1,5
Total	200	100,0

* : Bozo, Forgeron, Centrafricaine

L'ethnie la plus représentée durant notre étude était le bambara dans une proportion de 40,5%.

5.2. Appréciation de la disponibilité et le coût des médicaments au centre de santé de MUTEC

Disponibilité des médicaments

Toutes les gestantes ont déclaré que tous les médicaments qui leur ont été prescrits étaient disponibles dans le centre de santé MUTEC.

Coût des médicaments**Tableau IV** : Répartition des gestantes selon leur appréciation sur le coût des médicaments prescrits au centre de santé MUTEC

Appréciation du coût des médicaments	Effectif	Pourcentage (%)
Moins cher	184	92
Cher	16	8
Total	200	100

Les gestantes ont trouvé que le prix des médicaments était moins cher dans une proportion de 92%.

5.3. Appréciation de la disponibilité de ressources et l'environnement physique au centre de santé de MUTEC

Ressources matérielles et l'environnement physique

Les locaux

Tableau V : Existence et appréciation des éléments des locaux au niveau du centre de santé de MUTEC

Locaux	Éléments	Existence Oui /Non	Appréciation (bon ou mauvais)
La cour	-Propreté -Présence de poubelles	Oui	Bon
Sale d'attente	-Murs propres -Sol propre -Espace aéré -Bancs ou chaises en nombre suffisant -Présence d'affiches	Oui	Bon
Salle de consultation	-Murs propres -Sol propre -Espace aéré -Rideaux aux fenêtres -Présence d'affiches -Point d'eau fonctionnel	Oui	Bon
Toilette	-Murs propres -Sol propre -Accessible à tous	Oui	Bon

Les locaux du centre de santé MUTEC disposaient de tous les éléments recherchés donc ils ont été appréciés en bon état pour les consultations.

Matériels**Tableau VI :** Existence et fonctionnalité des matériels au centre de santé de MUTEC

Matériels	Existant et fonctionnel	Existant et non fonctionnel	Absent
1-Table d'examen	7	0	0
2-Pese personne	3	0	0
3- Stéthoscope obstétrical	3	0	0
4-Speculum	0	0	0
5-Lampe d'éclairage	2	0	0
6-gants /doigtier à usage unique	6000	0	0
7-Mettre ruban	3	0	0
8-Appareil à tension	3	0	0
9-stérilisateur à vapeur	1	0	0
10-Réfrigérateur	2	0	0
11-Calendar 2019	7	0	0
12-Estimeur d'accouchement	3	0	0
13-Toise adulte	2	0	0

A l'exception du spéculum qui n'était pas disponible, tout le matériel existant était fonctionnel au centre de santé de MUTEC.

Ressources humaines**Tableau VII :** répartition des agents assurant la prise en charge des gestantes au centre de santé MUTEC selon leur qualification et leur statut

Qualification	Effectif	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	2	16,7
Sage-femme	8	66,6
Infirmière obstétricienne	2	16,7
Total	12	100

Statut	Effectif	Pourcentage (%)
Contractuel	5	41,7
Etudiant en cours d'étude	3	25
Stagiaire	4	33,3
Total	12	100

Sur le plan qualificatif, les sage-femmes représentaient 66,6% et par rapport au statut, les contractuels occupaient 41,7% du personnel.

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la qualification du personnel ayant effectué la CPN

Qualification	Effectif	Pourcentage (%)
Sage-femme	123	61,5
Infirmière obstétricienne	76	38,0
Médecin	1	0,5
Total	200	100

Les CPN des gestantes ont été effectuées par une sage-femme dans une proportion de 61,5%.

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du statut des agents ayant effectué leur CPN

Statut	Effectif	Pourcentage (%)
Contractuel	148	74,0
Etudiant en cours d'étude	48	24,0
Stagiaire	4	2,0
Total	200	100,0

Les agents de statut contractuel ont effectué les CPN de 74%.des gestantes.

5.4. Comparaison des procédures de consultation prénatale exécutées par les agents au centre de santé de MUTEK aux procédures en vigueur au Mali

5.4.1. Accueil

Tableau X : Répartition des gestantes selon l'accueil au centre de santé MUTEK

Accueil	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Saluer chaleureusement	200	100,0
Souhaiter la bienvenue	200	100,0
Inviter à s'asseoir	200	100,0
Demander son nom	200	100,0
Assurer la confidentialité	200	100,0
Gentillesse du ton	200	100,0
Attitude de la patiente	200	100,0
Se présenter à la femme et aux autres membres de l'équipe	180	90,0

Tous les gestantes ont déclaré avoir bénéficié 7 éléments de l'accueil sur les 8.

- ❖ Avec un score de 98,5% l'accueil a été de bonne qualité.

5.4.2. Interrogatoire

Tableau XI : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse, les facteurs de risques et l'importance du déroulement de la CPN

l'histoire de la grossesse actuelle	Effectif	Pourcentage (%)
Date des dernières règles	200	100
Date probable de l'accouchement	200	100
Rechercher et enregistrer les facteurs de risque*		
Nombre d'accouchement antérieur inférieur 5	155	77,5
Problème à l'accouchement précédent	14	7
Dernier enfant mort-né	5	2,5
Nombre d'avortement supérieur à 3	2	1
l'importance du déroulement de la CPN		
Oui	148	74
Non	52	26
Total	200	100

*Les risques comme « Age inférieur à 16 ans » et « Taille inférieure ou égale à 1,5 mètre » n'ont pas été retrouvés chez les gestantes enquêtées.

L'interrogatoire a révélé que 77,5% des gestantes avaient un nombre d'accouchement antérieur inférieur 5 et 74% ont déclaré qu'elles ont été informé de l'importance du déroulement de la CPN. Toutes les gestantes ont bénéficié de l'histoire de la grossesse actuelle.

Tableau XII : répartition des gestantes selon le nombre de CPN effectué

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage (%)
< 4	151	75,5
≥ 4	49	24,5
Total	200	100

Les gestantes ayant effectué moins de 4 CPN durant leurs suivis représentaient 75,5%.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

Recherche des antécédents obstétricaux*	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Parité	200	100,0
Poids de naissance des enfants	0	0,0
Gestité	200	100,0
Nombre d'enfant vivant	166	83,0
Espace inter génésique	158	79,0
Age du dernier enfant	156	78,0
Nombre d'avortement	11	5,5
Nombre de Mort-nés	7	3,5

* HTA, diabète, drépanocytose, asthme n'ont pas été signalés par les gestantes comme antécédents médicaux.

Les antécédents obstétricaux comme la parité et la gestité ont été demandés à toutes les gestantes (100%). Le Nombre de Mort-nés a été demandé chez 3,5% des gestantes et la question sur le Poids de naissance des enfants n'a été posée à aucune d'entre elles.

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon les informations recueillis dans le carnet/ fiches opérationnelles ou le registre de consultations et la recherche de la carte de vaccination antitétanique de la femme pendant la grossesse du dernier enfant

Informations	Effectif	Pourcentage (%)
Notification dans le carnet/registre de consultations/fiches opérationnelles des informations recueillies		
Oui	200	100
Non	0	0
Recherche la carte de vaccination antitétanique de la femme pendant la grossesse du dernier enfant		
Oui	0	0
Non	200	100

Toutes les informations recueillies sur les gestantes avaient été notées dans le carnet /fiches opérationnelles et le registre de consultations. Aucune gestante ne disposait de sa carte de vaccination antitétanique reçue pendant la grossesse du dernier enfant.

❖ L'interrogatoire a été jugé de qualité moyenne avec un score de 70%.

5.4.3. Examen physique

Tableau XV : Répartition des gestantes selon l'examen physique général

Examen général	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Faire uriner la femme vider la vessie garder un échantillon d'urine	200	100,0
Aider la femme à s'installer sur la table d'examen	200	100,0
Demander à la cliente de se déshabiller	200	100,0
Observer l'état général	200	100,0
Mesurer la taille	200	100,0
Prendre la tension artérielle	200	100,0
Recherche de sécrétion	200	100,0
Recherche de nodule	200	100,0
Palper la partie supérieure de l'abdomen	200	100,0
Examiner les membres inférieurs	200	100,0
Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer	200	100,0
Noter les résultats de l'examen	200	100,0
Examiner la peau	0	0,0
Examiner les yeux	200	100,0
Peser la femme	200	100,0
Examiner les seins	200	100,0
Expliquer le déroulement de l'examen	196	98,0
Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel	188	94,0
Examiner la bouche	27	13,5
Palper la glande thyroïde	1	0,5

Sur 20 éléments de l'examen physique, 15 ont été exécutés chez toutes les gestantes (100%).

Les examens de la bouche et de la glande thyroïde ont été réalisés chez les gestantes dans 13,5%, et 0,5% respectivement. Aucun (soit 0%) gestante n'a bénéficié de l'examen de la peau.

- ❖ L'examen physique a été apprécié de bonne qualité avec un score de 80%.

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon l'examen obstétrical

Examen obstétrical*	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Mettre la femme en position gynécologique	200	100,0
Enregistrer les résultats de l'examen	200	100,0
Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis	200	100,0
Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles	200	100,0
Examiner et sentir les pertes sur les gants	200	100,0
Aider la femme à se lever et à s'habiller	200	100,0
Expliquer à la femme les résultats de l'examen	200	100,0
Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal	197	98,5
Palper l'abdomen et rechercher les pôles fœtaux	93	46,5
Se laver les mains et les sécher avec un linge	188	94
Mesurer la hauteur utérine	68	34,0
Auscultation des bruits cœur fœtal	67	33,5
Examiner le bassin	13	6,5
Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical	11	5,5

*Les auscultations cardiaque et pulmonaire ainsi que les examens au spéculum n'ont été faits chez aucune gestante.

Des 15 éléments exécutés pendant l'examen obstétrical, 7 ont été réalisés chez 100% des gestantes. L'examen du bassin et l'explication aux gestantes sur l'examen obstétrical représentaient 6,5% et 5,5% respectivement.

- ❖ Avec un score de 68% l'examen obstétrical est de moyenne qualité.

5.4.4. Examens complémentaires

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Test VIH après counseling	200	100,0
Echographie	200	100,0
Groupage rhésus	136	68,0
Demander albumine/sucre dans les urines	200	100,0
Test d'Emmel, le taux d'Hémoglobine, le BW	132	66,0

Parmi les 5 examens complémentaires, 3 ont été exécutés chez toutes les gestantes soit 100%. Les examens comme groupage rhésus, test d'Emmel, taux d'HB, BW albumine sucre dans les urines ont été demandés chez les gestantes dans 68% et 66% respectivement.

- ❖ Avec un score de 94% les examens complémentaires étaient de bonne qualité

5.4.5. Soins préventifs et conseils pour la santé

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les soins préventifs

Soins et conseils	Effectif (n = 200)	Pourcentage (%)
Vacciner contre le tétanos	200	100,0
Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)	200	100,0
Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire et la planification familiale(PF)	200	100,0
Prescrire le fer acide folique	200	100,0
Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation	0	0,0
Donner des conseils sur l'utilisation des MII	200	100,0

Les soins préventifs comprenaient 6 éléments parmi lesquels 5 ont été exécutés chez toutes les gestantes (100%). Aucune gestante n'a été testé positive à HIV d'où les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation n'ont pas été données.

- ❖ Avec un score de 98% les soins préventifs et les conseils donnés sont de bonnes qualités

5.4.6. Plan d'accouchement :

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon le plan d'accouchement

Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Identifier un prestataire complémentaire	200	100,0
Identifier le lieu de l'accouchement	200	100,0
Clarifier les conditions de transport	200	100,0
Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la PEC des situations d'urgence	200	100,0
Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins	200	100,0
Informé de la nécessité de recourir le plus tôt aux soins adéquats	200	100,0
Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement	200	100,0
Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement	200	100,0
Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement	200	100,0
Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger chez la femme enceinte	200	100,0

Toutes les 10 éléments du plan d'accouchement ont été exécutés chez toutes les gestantes (100%).

- ❖ Avec un score de 100% le plan d'accouchement était de bonne qualité

5.4.7. Relations interpersonnelles

Tableau XX : Répartition des gestantes selon les relations interpersonnelles

Relations interpersonnelles	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Ecoute attentivement	200	100,0
Utilise une communication positive non verbale	200	100,0
Utilise un vocabulaire approprié en posant ou en répondant aux questions	200	100,0
Rassure la cliente	200	100,0
Informe la patiente/ accompagnante du résultat de l'examen	200	100,0

Toutes les 5 éléments de la relation interpersonnelle ont été exécutés chez toutes les gestantes (100%).

- ❖ Avec un score de 100% les relations interpersonnelles sont de bonne qualité

5.5. Appréciation de la continuité et l'innocuité des soins au centre de santé de MUTEK :

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon innocuité des soins

Eléments d'innocuité des soins	Effectif (n=200)	Pourcentage (%)
Port de blouse	200	100,0
Stérilisateur disponible et fonctionnel	200	100,0
Gestion des déchets au sein de la structure	200	100,0
Mettre les gants dans la poubelle	200	100,0
Tri et élimination des déchets	200	100,0
Port de gant	200	100,0
Lavage des mains avant l'examen	185	92,5
Existence d'incinérateur fonctionnel*	0	0,0
Trempe les mains gantées dans la solution de décontamination	0	0,0
Disponibilité de solution de décontamination	0	0,0

**les déchets sont acheminés au CSRef de la commune III pour être détruits.*

Parmi les 10 éléments d'innocuité des soins, 6 éléments ont été remarqués chez toutes les personnels. On note l'absence des éléments suivants : incinérateur solution de décontamination et le geste qui est de tremper les mains gantées dans la solution de décontamination.

❖ Avec un score de 60%, l'innocuité des soins était de qualité moyenne.

5.6. Recueillir l'opinion des femmes et des prestataires au centre de santé de MUTECH

Opinion du personnel

Tableau XXII : Répartition du personnel effectuant la CPN selon la motivation et la satisfaction de faire ce métier dans le centre de santé MUTECH

Motivation de l'agent pour la CPN	Effectif (6)	Pourcentage (%)
Un devoir	3	50
Une passion	2	33,3
Une obligation	1	16,7
Satisfaction de faire ce travail tous les jours		
Oui	6	100
Non	0	0

Dans le centre de santé MUTECH, 50% du personnel effectuant la CPN qualifient ce métier comme un devoir et 100% était satisfait de ce travail.

Tableau XXIII : Répartition du personnel effectuant la CPN selon les difficultés rencontrées

Difficultés	Effectif	Pourcentage (%)
L'incompréhension	3	50,0
Refus de collaborer	3	50,0
Total	6	100,0

Une des difficultés rencontrées par 50% du personnel effectuant la CPN était le refus des gestantes de collaborer.

Tableau XXIV : Répartition du personnel effectuant la CPN selon la durée d'expérience et la formation reçue

Durée dans la CPN	Effectif	Pourcentage (%)
< 5 ans	3	50
5 - 10 ans	0	0
> 10 ans	3	50
Formation sur CPN reçue		
Oui	6	100
Non	0	0
Total	6	100

Le personnel ayant une durée d'expérience de > 10 ans dans la CPN était de 50% et tout le personnel avaient reçues une formation dans le domaine de la CPN.

Opinion des gestantes

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon le temps d'attente et l'appréciation de la qualité de l'environnement

Temps d'attente	Effectif	Pourcentage (%)
Court	123	61,5
Long	77	38,5
Environnement de la maternité		
Agréable	200	100
Non agréable	0	0
Total	200	100

Les gestantes, dans une proportion de 61,5% ont trouvé que le temps d'attente était court et toutes les gestantes (100%), ont trouvé que l'environnement du centre était agréable.

Superviseur et supervision reçue**Tableau XXVII** : Répartition du personnel effectuant la CPN selon la supervision reçue et le profil du superviseur

Supervision reçue	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	4	66,7
Non	2	33,3
Total	6	100
Superviseur		
Monitrice	2	50
Gynécologue	1	25
Sage-femme maitresse	1	25
Total	6	100

Le personnel ayant reçu une supervision représentait 66,7% et le superviseur était une Monitrice dans 50%.

VI. DISCUSSIONS

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la qualité des consultations prénatales au centre de santé de MUTEK de la commune III du district de Bamako. Elle a été transversale descriptive à visée évaluative. L'échantillonnage a été exhaustif pour les cas de grossesses suivies et enregistrées pour CPN dans le service au cours de la période d'étude. Les agents de santé ont été choisis de façon raisonnée.

Au terme de l'étude, les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ont été décrits, la disponibilité des ressources et l'environnement physique des soins ont été appréciés, les procédures de consultation prénatale exécutées par les agents ainsi que la continuité et l'innocuité des soins ont été comparées aux procédures en vigueur au Mali, l'opinion des femmes et des prestataires a été recueillie.

6.1. Les caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Dans la présente étude, la tranche d'âge 20-24 représentait environ 40% des enquêtés. Konaté B F, dans une étude réalisée au centre de santé de djélibougou et de boulkasounbougou à Bamako avait trouvé que les gestantes âgées de 14 à 19 ans étaient majoritaires dans une proportion de 40% [9]. Dans l'étude réalisée au CSRef de la commune I du district de Bamako par Maïga A S, la tranche d'âge de 19 à 24 ans représentait un peu plus du tiers (32,5%) des gestantes reçues [15].

Nos résultats ont montré que la profession ménagère a été citée par plus de la moitié des gestantes (66%). Ce résultat est similaire à celui de Kanté Y qui avait trouvé 66,5% [16] tandis que Konaté B F avait trouvé 78,7% dans son étude [9].

6.2. Procédures de la CPN

Accueil

Dans la présente étude, la totalité des gestantes (100%) ont été invitées à s'asseoir, ce même résultat a été retrouvé dans l'étude de Konaté B F [9]. Guiteye A, dans son étude au centre de santé communautaire de Yirimadio avait trouvé que seulement un tiers (33,3%) des gestantes avaient été invitées à s'asseoir [17].

Notre étude a trouvé que la confidentialité était assurée par les prestataires pour l'ensemble des gestantes (100%), ce résultat est supérieur à celui de Konaté B F qui avait trouvé que la confidentialité avait été assurée chez 75% des gestantes.

Dans notre étude, souhaiter la bienvenue a été observée lors de la CPN de toutes le gestantes (100%). Ce résultat est meilleur à celui de Guiteye A où souhaiter la bienvenue était de 60,7% [17]. Aussi se présenter à la femme et aux autres membres de l'équipe a été exécuté

chez la quasi-totalité (90%) des gestantes par contre cet élément a été de 1,3% dans l'étude de Guiteye A [17].

Un bon accueil rassure les gestantes et les met en confiance pour la suite de la consultation. Elles permettent aux gestantes d'avoir du plaisir de venir à chaque rendez-vous.

Les conditions d'accueil étaient de bonne qualité avec un score de 98,5%. Ce résultat est inférieur à celui de Sangho et al qui avait trouvé 81,2% de gestes et attitude réalisés [19].

Interrogatoire

La notification des informations recueillies dans le carnet, le registre et les fiches opérationnelles a été réalisée chez la totalité (100%) des gestantes, ce même résultat a été trouvé par Guiteye A [17].

Les antécédents médicaux

Aucune gestante n'a signalé la présence d'antécédents médicaux comme l'HTA, le diabète, la drépanocytose, l'asthme (0%). Ce résultat est différent de celui de Konaté B F qui avait trouvé que 63,8% des gestantes avaient les antécédents suivants : HTA, diabète, drépanocytose ou asthme. L'étude réalisée par Konaté H au Burkina Faso a révélé que 1% des gestantes souffrait de l'HTA et 2% étaient drépanocytaires, il n'y avait pas de cas de diabète et l'asthme dans leurs antécédents médicaux [20].

Antécédents obstétricaux

Dans notre étude comme dans celles de Konaté B F [9], la parité a été demandée à la totalité des gestantes (100%) et dans l'étude de Coulibaly S au centre de santé ASACOBOUL II, la parité a été demandée dans une proportion de 71,4% [21].

La demande du nombre de mort-nés a été faite à 3,5% de nos gestantes et l'étude de Coulibaly S avait trouvé 6,6% [21].

L'interrogatoire occupe une place très importante dans les CPN car aide dans la détection de certaines maladies héréditaires chez les gestantes. Dans notre étude, elle a été appréciée comme étant de qualité moyenne avec un score de 70% cela pourrait être dû à une méconnaissance des éléments de l'interrogatoire ce qui pourrait être corrigé par une formation sur les étapes de l'interrogatoire.

Examen physique

Nos résultats ont montré que, l'acte qui consiste à se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel a été réalisé au cours de l'examen physique de la quasi-totalité (94%) des gestantes. Ce résultat est supérieur à celui de Konaté B F qui avait trouvé 1,3% [9].

La prise de la tension artérielle et l'examen des yeux ont été effectués chez 98,8% et 100% de nos gestantes respectivement, Ces résultats sont similaires à ceux de Konaté H qui avait trouvé 100% dans chacun des cas.

L'examen physique a été apprécié de bonne qualité avec un score de 80%.

Examen obstétrical

Dans notre étude et celle de Guiteye A [17], l'examen au spéculum n'a été pratiqué chez aucune gestante, par contre Konaté B F a trouvé qu'il a été pratiqué chez 77,5% des gestantes au cours de la CPN [9].

Toutes les gestantes ont bénéficié de la mise de la femme en position gynécologique ; faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ; enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre ; examiner et sentir les pertes sur les gants ; faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal (100%). Ce résultat est comparable à celui de Konaté B F qui avait trouvé que toutes les gestantes ont bénéficié de la mise de la femme en position gynécologique, palper l'abdomen , faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal , enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre (100%) [9] .

Dans notre étude, les gestes comme « Mesurer la hauteur utérine » et « Ausculter les bruits du cœur fœtal » ont été insuffisamment effectués avec 34% et 33,5% respectivement tandis que Coulibaly S qui avait trouvé respectivement 85,7% et 70,9 [21].

Avec un score de 68%, l'examen obstétrical a été apprécié de qualité moyenne.

Examens complémentaire

Au Mali selon les normes et procédures, les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation et ils sont indispensables pour détecter certains facteurs de risques. Parmi ces examens le test du VIH après un counseling fait partir, dans notre étude, il a été demandé à la totalité (100%) de nos gestantes. Ce résultat est meilleur à celui de I Traoré en Côte d'Ivoire qui a trouvé 50,5% [22].

Le groupage rhésus a été demandé dans notre cas à plus de la moitié (68%) des gestantes et Kanté Y a eu 34,5% [16] dans son étude réalisée au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Le groupage sanguin, Test d'Emmel, BW, Tx HB l'albumine/sucre dans les urines et l'échographie étaient systématiquement demandés à la première consultation prénatale.

Les examens complémentaires étaient de bonne qualité avec un score de 94%.

Soins préventifs et conseils pour la santé

Au cours de notre étude, aucune gestante n'a été testé positive à HIV d'où les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation n'ont pas été données. En dehors de cela, la totalité (100%) des gestantes ont bénéficié des mesures préventives. Pour les prescriptions du fer acide folique et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), nos résultats sont meilleurs à ceux de Maïga A S qui a trouvé respectivement 82%, 55% dans son étude réalisée au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako [15]. Les soins préventifs et les conseils donnés aux gestantes étaient de bonne qualité avec un score de 98%.

Relation interpersonnelle

L'appréciation de la relation interpersonnelle dans notre étude a été faite à travers 5 éléments qui ont été tous exécutés chez la totalité (100%) de nos gestantes. Cependant ces résultats sont meilleurs à ceux de Guitteye A qui avait trouvé 56% pour l'utilisation d'un vocabulaire approprié, 41,3% pour une communication positive non verbale et 59% pour l'écoute attentivement la cliente [17].

La relation interpersonnelle a été appréciée de bonne qualité avec un score 100%.

Innocuité des soins

Au centre de santé de MUTEK, l'étude a noté une absence de l'incinérateur (mais les déchets sont acheminés au CSRef de la commune III pour être traités) et de solution de décontamination. Ce dernier cas a fait que le geste qui est de « tremper les mains gantées dans la solution de décontamination » n'a pas pu être observé. Ce résultat est différent de celui de Konaté B F qui a trouvé que les CSCom de boukassoumbougou et de djélibougou disposaient d'un incinérateur [9]. Dans notre étude comme dans celle de Konaté B F, l'ensemble des déchets était trié et éliminé pour toutes les gestantes.

L'innocuité des soins était de qualité moyenne avec un score de 60%.

Opinions

La totalité du personnel était satisfaite de leur travail et pour la moitié (50%) du personnel en charge de la CPN, la motivation première à réaliser ce travail était que c'est un devoir pour elles et la totalité était satisfaite de leur travail.

L'opinion de plus de la moitié des gestantes sur les services de CPN a été que temps d'attente court (61,5%) et la totalité (100%) pense que l'environnement de la maternité du centre était agréable.

La moitié du personnel (50%) a exprimé qu'une des difficultés de leur travail était le refus des gestantes de collaborer avec eux pour la bonne réalisation des CPN. Cet état de fait influencer le suivi correct des procédures de la CPN.

Supervision

Nos résultats ont montré que le tiers du personnel (33,3%) n'a pas été supervisé ce qui peut entrainer la paresse chez ces agents d'exécuter les procédures selon les normes.

CONCLUSIONS

A l'issue de l'évaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de MUTEC de la commune III du district de Bamako, la majorité des gestantes était des ménagères. L'observation des procédures de la CPN a montré que les conditions d'accueil étaient de bonne qualité, l'interrogatoire occupant une place très importante dans le déroulement de la CPN était de qualité moyenne. La majorité des gestantes ont bénéficié d'un examen physique de bonne qualité tandis que l'examen obstétrical a été apprécié de qualité moyenne surtout que chez deux tiers des gestantes la hauteur utérine n'a pas été mesurée et les bruits du cœur fœtal n'ont pas été auscultés. La négligence de cette dernière geste menacer la vitalité du futur bébé. L'innocuité des soins était de qualité moyenne. L'absence de l'incinérateur fonctionnel et de solution de décontamination exposent les utilisateurs et le personnel aux infections. Le personnel est confronté aux difficultés de non collaboration des gestantes pour l'exécution des étapes de la CPN. La supervision qui peut corriger les insuffisances dans l'exécution des procédures, notre étude a montré que le tiers du personnel ne sont pas supervisé. Par ailleurs, la totalité du personnel était satisfaite de leur travail et toutes les gestantes pensent que l'environnement de la maternité du centre était agréable.

RECOMMANDATIONS

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

Au médecin chef du centre de santé de MUTEK

Réaliser des formations à l'endroit du personnel de la maternité sur les étapes de l'interrogatoire et de l'examen obstétrical au cours d'une CPN ;

Doter le centre en solution de décontamination et de l'incinérateur fonctionnel afin de compléter les actions de l'innocuité des soins et palier aux risques liés au transport des déchets ;

Assurer la supervision formative à l'endroit de tout le personnel en charge de la CPN.

Aux sages-femmes et obstétriciennes

Appliquer les étapes de la CPN conformément aux normes et procédures en vigueur au Mali.

Aux gestantes

Collaborer avec le personnel lors des consultations prénatales afin de bénéficier des examens complets.

REFERENCES

REFERENCES

1. Publication d'OMS faite en 2019 sur la mortalité maternelle : [https //www.who.int](https://www.who.int) consulté le 08 aout 2020.page1,2
2. *Sixième Enquête Démographique* :institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. *et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés*. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF
3. Mémoire online Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako 30 /07/2011. www.memoireonline.com » Biologie et Médecine.
4. Organisation mondiale de la santé. Santé maternelle en Afrique francophone : Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. www.em.consulte.com/en/article/114377 de A Prual [1] 2008, L Bernin [2], D Ould EL Joud [3].
5. Organisation mondiale de la santé. Santé maternelle et néonatale au Sénégal succès et défis Avril 2012.
www.mchip.net/sites/default/files/senegal%20case%20study.french.28octobre2019.
6. Publication d'OMS faite en 2019 sur la mortalité néonatale et infantile : [https//www.who.int](https://www.who.int) consulté le 08 aout 2020.page1,2
7. Organisation mondiale de la santé (Genève). La mortalité maternelle demeure une préoccupation dans le monde 20 février 2013 ; page 1. <https://fr.scibd.com/doc/126390634/untitld> 15 aout 2020.
8. Organisation mondiale de la santé Mali. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le service de gynécologie obstétrique du CHU GABRIEL TOURE 2008-2009.Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2010.
9. 14.Konaté B F : évaluation de la qualité des CPN au centre de santé de djélibougou et de boulkasounbougou 2015-2016.These : Médecine : FMPOS : Bamako, 2016
10. Organisation mondiale de la santé. Projet «créés mécanismes d'améliorations de la formation et la gestion du personnel sanitaire en garantissant le droit à une santé de la qualité aux femmes et enfants, Mauritanie» ; organisé par l'ONG Enfermeras para el Mundo (EPM) et financé par l'agence Espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID). Module III : santé de la reproduction 2012-2014. www.santé.gov.mr ».

11. Direction nationale de la santé Mali. Procédures en santé de la reproduction. Gravido-Puerpuralité. Soins prénatals, soins pernatals. Volume 3. MALI : DNS ; Juin 2013.
12. Organisation mondiale de la santé. La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale : comment mesurer les décès maternels. <http://www.unicef.org/french/sow09/docs/sow-full report-fr.pdf>.
13. R Y Maïga. Evaluation de la prise en charge a des adhérents de la garantie santé dans le centre de santé de mutec.2008-2009.Thèse : Médecine : Bamako ,2009.
14. Fodé Sissoko : Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de garantie santé dans le centre de santé de Mutec.2010-2011.Thèse : Médecine : Bamako ; 2011.
15. Maïga A S. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako 2007-2008 ; Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2008.
16. Kanté Y. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré 2008-2009. Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2009.
17. Guiteye A. Evaluation de la qualité de la prise en charge des consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI du district de Bamako 2012-2013.Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2013.
18. Tiembré I, Joseph V B, Odile A T, Simplicie D, Daniel E, Brigitte D W, Janine T S, Paul A K. Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire) 2008-2009 .Santé Publique, 2010/2 Vol. 22, p. 221-228.Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2009.
19. Sangho H, Sacko M, Fomba S, Simaga Sy. Qualité de la surveillance prénatale dans un centre de santé de premier niveau à Bamako (Mali). Mali Médicale : 2004 T XIX N° 1.
20. Konaté H. Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au centre de santé et de promotion sociale du secteur 28 Ouagadougou au Burkina Faso 2008-2009 ; Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2009.
21. Coulibaly S. Qualité de la consultation prénatale au centre de sante ASACOBOUL II en commune I du district de Bamako 2012-2013.Thèse : Médecine : FMPOS : Bamako ; 2013.

ANNEXE

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Annexe1 : Grille d'observation du processus de soins (prestataires)

Structure.....No Carnet.....N° fiche.....

Date d'observation.....

Heure de la visite.....1 : heure début.....2 : heure de fin.....

Caractéristiques de la gestante

Nom.....

Prénom.....

Age :

Ethnie /_____/ 1=Bambara 2= Peulh ; 3 =Malinké ; 4= Bozo ;

5= Sonrhäi ; 6 =Soninké ; 7= Dogon ; 8= Autres

Profession /___/ 1= Ménagère, 2= Vendeuse, 3= Fonctionnaire, 4= Aide-ménagère,

5= Commerçante, 6 =Autres

Niveau d'instruction /_____/ 1=Aucun, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4=

Supérieure

Etat matrimonial /___/ 1= Célibataire, 2= mariée, 3= Veuve, 4= Divorcée

Résidence.....

...../

Nombre de CPN réalisées /

CARACTERISTIQUES DU PERSONNEL QUI A PRIS EN CHARGE

LA GESTANTE

Qualification /___/ 1= Médecin, 2= Sage-femme, 3= Matrone, 4=

Infirmière obstétricienne, 5 =Autres

Statut /___/ 1= Fonctionnaire, 2= contractuel, 3= Stagiaire, 4= autres

ACCUEIL

1. Saluer chaleureusement la femme /_____/ 1 =oui 2 non

2e. Souhaite la bienvenue /_____/ 1= oui ; 2= non

3. Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ou offrir une chaise? /_____/ 1=
oui, 2=non

4. Se présente à la femme et la présente aux autres membres de l'équipe
/_____/ 1= oui ; 2= non

5. Demande son nom /_____/ 1= oui ; 2= non

6. Assurer la confidentialité / _____ / 1=oui ; 2= non

7. Attitude de la patiente / _____ / 1= oui ; 2= non

8. gentillesse du ton / _____ / 1= oui ; 2= non

INTERROGATOIRE

1. Informe la femme de l'importance et du déroulement de la consultation

/ _____ / 1= oui ; 2= non

2. Recueillir les informations sur l'identité de la femme :

2.1. Nom / _____ / 1=oui ; 2= non

2.2. Prénom / _____ / 1=oui ; 2= non

2.3. Age / _____ / 1=oui ; 2= non

2.4. Profession / _____ / 1=oui ; 2= non

2.5. Adresse, nom, prénom du mari / _____ / 1=oui ; 2= non

3. Recherche les antécédents médicaux :

3.1. HTA / _____ / 1=oui ; 2= non

3.2. Diabète / _____ / 1=oui ; 2= non

3.3. Drépanocytaire / _____ / 1=oui ; 2= non

3.4. Asthme / _____ / 1=oui ; 2= non

4. Recherche les antécédents obstétricaux :

4.1. Parité / _____ / 1=oui ; 2= non

4.2. Gestité / _____ / 1=oui ; 2= non

4.3. Nombre d'avortement / _____ / 1=oui ; 2= non

4.4. Nombre d'enfant vivant / _____ / 1=oui ; 2= non

4.5. Mort-nés / _____ / 1=oui ; 2= non

4.6. Espace inter gésésique / _____ / 1=oui ; 2= non

4.7. Age du dernier enfant / _____ / 1=oui ; 2= non

4.8. Poids de naissance des enfants / _____ / 1=oui ; 2= non

5. Recherche les antécédents chirurgicaux (césarienne.....) / _____ / 1=oui ; 2= non

6. Demander l'histoire de la grossesse actuelle :

6.1. Date des dernières règles / _____ / 1=oui ; 2= non

6.2. Date probable de l'accouchement / _____ / 1=oui ; 2= non

7. Recherche et enregistrer les facteurs de risque :

7.1. Age inférieur à 16 ans / _____ / 1=oui ; 2= non

7.2. Nombre d'accouchement antérieur inférieur à 5 / _____ / 1=oui ;

2= non

7.3. Nombre d'avortement supérieur à 3 / _____ / 1=oui ; 2= non ;

7.4. Taille inférieur ou = à 1,5 m / _____ / 1= oui ; 2= non ;

7.5. Problème à l'accouchement précédent / _____ / 1= oui ; 2= non ;

7.6. Dernier enfant mort-né / _____ / 1= oui ; 2= non.

8. Recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé de la femme pendant la grossesse du dernier enfant

pour la vaccination antitétanique/ _____ / 1= oui ; 2= non

9. Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles / _____ / 1=oui ; 2= non

EXAMEN :

EXAMEN GENERAL :

1. Faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire / _____ / 1= oui ; 2= non

2. Expliquer à la cliente le déroulement de l'examen / _____ / 1= oui ; 2= non

3. Demander à la cliente de se déshabiller(en privé) / _____ / 1= oui ; 2= non

4. Observer l'état général / _____ / 1= oui ; 2= non

5. Recherche de boiterie / _____ / 1=oui ; 2= non

6. Peser la femme / _____ / 1= oui ; 2= non

7. Mesurer la taille / _____ / 1= oui ; 2= non

8. Prendre la tension artérielle (assise) / _____ / 1= oui ; 2= non

9. Aider la femme à s'installer sur la table d'examen / _____ / 1= oui ; 2= non

10. Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel / _____ / 1= oui ; 2= non

11. Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) / _____ / 1= oui ; 2= non

12. Recherche les œdèmes au visage / _____ / 1= oui ; 2= non

13. Examiner les yeux / _____ / 1= oui ; 2= non

14. Examiner la bouche / _____ / 1= oui ; 2= non

15. Palper la glande thyroïde / _____ / 1= oui ; 2= non

16. Examiner les seins :

- 16.1. Inspection des seins /_____/ 1= oui ; 2= non
- 16.2. Recherche de sécrétion /_____/ 1=oui ; 2= non
- 16.3. Recherche de nodule /_____/ 1= oui ; 2= non
17. Ausculter le coeur /_____/ 1= oui ; 2= non
18. Auscultation pulmonaire /_____/ 1= oui ; 2= non
19. Palper la partie supérieure de l'abdomen /_____/ 1= oui ; 2= non
20. Examiner la région de l'ombilic de hernie ou cicatrice de laparotomie /_____/ 1= oui ; 2= non
21. Examiner les membres inférieurs /_____/ 1= oui ; 2= non
22. Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer /_____/ 1= oui ; 2= non
23. Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle. /_____/ 1=oui ; 2= non

EXAMEN OBSTETRICAL :

1. Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical /_____/ 1= oui ; 2= non
2. Mettre la femme en position gynécologique /_____/ 1= oui ; 2= non
3. Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec /_____/ 1= oui ; 2= non
4. Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis /_____/ 1= oui ; 2= non
5. Palper l'abdomen, et rechercher les pôles foetaux /_____/ 1= oui ; 2= non
6. Mesurer la hauteur utérine /_____/ 1= oui ; 2= non
7. ausculter les bruits coeur foetal (BCF) /_____/ 1= oui ; 2= non
8. Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles /_____/ 1= oui ; 2= non
9. Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire /_____/ 1= oui ; 2= non
10. Placer le spéculum /_____/ 1= oui ; 2= non
11. Observer le col et le vagin /_____/ 1= oui ; 2= non
12. Faire des prélèvements, si nécessaire /_____/ 1= oui ; 2= non
13. Retirer le spéculum /_____/ 1= oui ; 2= non
14. Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination /_____/ 1= oui ; 2= non

15. Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal /_____/ 1= oui ; 2= non
16. Examiner le bassin /_____/ 1= oui ; 2= non
17. Examiner et sentir les pertes sur les gants /_____/ 1= oui ; 2= non
18. Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse /_____/ 1= oui ; 2= non
19. Tremper le matériel dans la solution de décontamination /_____/ 1= oui ; 2= non
20. Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination /_____/ 1= oui ; 2= non
21. Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination /_____/ 1= oui ; 2= non
22. Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec /_____/ 1= oui ; 2= non
23. Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire /_____/ 1= oui ; 2= non
24. Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer /_____/ 1= oui ; 2= non
25. Enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Groupage-Rhésus /_____/ 1= oui ; 2= non
- Test d'Emmel, le taux d'Hémoglobine, le BW albumine/sucre dans les urines /_____/ 1= oui ; 2= non
- Test VIH après counseling. /_____/ 1= oui ; 2= non
- Les autres examens seront demandés selon le besoin /_____/ 1= oui ; 2= non
- Pour les autres consultations :
- Demander albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires. /_____/ 1= oui ; 2= non

LES SOINS PREVENTIFS

1. Vacciner la femme contre le tétanos /_____/ 1= oui ; 2= non
2. Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine(SP) /_____/ 1= oui ; 2= non
3. Prescrire le fer acide folique/_____/ 1= oui ; 2= non

4. Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire et la planification

familiale / ____/ 1= oui ; 2= non

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

/ ____/ 1= oui ; 2= non

6. Donner des conseils sur l'utilisation des MII / ____/ 1= oui ; 2= non

PRESCRIRE LE TRAITEMENT CURATIF SI NECESSAIRES

1. Médicament prescrit / ____/ 1= oui ; 2= non

2. Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits / ____/ 1= oui ; 2= non

PREPARER UN PLAN POUR L'ACCOUCHEMENT AVEC LA FEMME/FAMILLE

1. Identifier un prestataire complémentaire / ____/ 1= oui ; 2= non

2. Identifier le lieu de l'accouchement / ____/ 1= oui ; 2= non

3. Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence / ____/ 1= oui ; 2= non

4. Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence / ____/ 1= oui ; 2= non

5. Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins / ____/ 1= oui ; 2= non

6. Informer de la nécessité de recourir le plus tôt aux soins adéquats / ____/ 1= oui ; 2= non

7. Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement / ____/ 1= oui ; 2= non

8. Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement / ____/ 1= oui ; 2= non

9. Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger chez la femme enceinte / ____/ 1= oui ; 2= non

DONNER LE PROCHAIN RENDEZ VOUS

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

1.1. Une au 1er trimestre / ____/ 1= oui ; 2= non

1.2. Une au 2ème trimestre / ____/ 1= oui ; 2= non

1.3. Deux au 3ème trimestre dont une au 9ème mois / ____/ 1= oui ; 2= non

2. Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin. / ____ / 1= oui ; 2= non

RACCOMPAGNER LA FEMME APRES L'AVOIR REMERCIEE

INNOCUITE DES SOINS

(Exécution des tâches par l'agent) : oui=1 non= 2

1. Le port de blouse:/ ____ / oui=1 non= 2

2. Lavage des mains avant l'examen / ____ / oui=1 non= 2

3. Sécher avec une serviette propre / ____ / oui=1 non= 2

4. Port de gant / ____ / oui=1 non= 2

5. Disponibilité de solution de décontamination: / ____ / oui=1 non= 2

6. Trempe les mains gantées dans la solution de décontamination: / ____ /
oui=1 non= 2

7. Mets les gants dans la poubelle / ____ / oui=1 non= 2

Gestion des déchets au sein de l'hôpital : oui= 1 non= 2

8. Stérilisateur disponible et fonctionnel : / ____ / oui=1 non= 2

9. Tri et élimination des déchets : / ____ / oui=1 non= 2

10. Existence d'incinérateur fonctionnel : / ____ / oui=1 non= 2

RELATION INTERPERSONNELLES

(prestataires-patientes/accompagnantes : si oui=1 ; non=0)

1. Ecoute attentivement la cliente / ____ / oui=1 non= 2

2. Utilise une communication positive non verbale (penche le corps vers la cliente, sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie) : / ____ / oui=1 non= 2

3. Utilise un vocabulaire approprié en posant ou en répondant aux questions(simple, non médical) : / ____ / oui=1 non= 2

4. Explique ce qu'il/elle est en train de faire pendant l'examen : / ____ / oui=1
non= 2

5. Rassure la cliente : / ____ / oui=1 non= 2

6. Informe la patiente/accompagnante du résultat de l'examen: / ____ / oui=1
non= 2

7. Lavage des mains après l'examen 1= oui ; 2= non

ANNEXE 2 : Guide d'entretien individuel avec les utilisatrices (adressé à la gestante)

Satisfaction :

Q1 Etes-vous satisfaites des services de consultation que les agents de santé viennent vous offrir ? / _____ / 1= oui ; 2= non

Q2 Si oui le quel (ou les quels) des services suivants vous a (ont) donné satisfaction ?

- Accueil : l'agent salut ou répond poliment à votre salutation, vous fait asseoir, vous demande le motif de votre consultation et vous explique le déroulement de l'examen / _____ / 1= oui ; 2= non

- Prise en charge : Déroulement de l'examen physique comme souhaité, évolution de la grossesse, conseils donnés sur l'hygiène, la nutrition, la prise des médicaments, le prochain rendez-vous / _____ / 1= oui ; 2= non

Disponibilité du personnel (agent de santé consacre son temps aux clients au lieu d'être occupé à faire autre chose aux heures de travail) / _____ / 1= oui ; 2= non

- Disponibilité des médicaments prescrits (fer, SP, quinine) / _____ / 1= oui ; 2= non

- Temps d'attente : / _____ / 1= court ; 2= long

Comment trouvez-vous le coût des médicaments achetés au sein de la structure / _____ /

- Cher : 1
- Moins cher : 2

Comment trouvez-vous l'environnement de la maternité (cours, salle de consultation, toilettes) ? / _____ /

- Agréable : 1
- Peu agréable : 2
- Non agréable : 3

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEBA

Prénom : Aissata

Titre : Evaluation de la qualité de CPN au centre de santé de MUTEC

Pays d'origine : République du MALI

Année : 2019-2020

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé

Introduction : Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de MUTEC en commune III du district de Bamako, la collecte des données s'est réalisée du 28 octobre 2019 au 7 février 2020. L'étude a été descriptive à visé évaluative sur l'observation des CPN des structures et l'opinions des gestantes et du personnel.

Résultats : les gestantes âgées de 20-24 ans étaient les plus représentées (39,5%), elles ont toutes déclaré que tous les médicaments qui leur ont été prescrits étaient disponibles dans le centre et pour 92% ils étaient moins chers. Les locaux étaient en bon état pour réaliser un CPN. A l'exception du spéculum qui n'était pas disponible, tout le matériel existant était fonctionnel au centre. sage-femmes représentaient 66,6% du personnel. Les conditions d'accueil étaient de bonne qualité (98,5%). L'interrogatoire (70%) et l'examen obstétrical (68%) étaient de qualité moyenne. L'examen physique (80%), les examens paracliniques (94%), les soins préventifs et conseils pour la santé (98%) ainsi que la relation interpersonnelle (100%) ont été jugés de bonne qualité. L'innocuité (60%) des soins était de qualité moyenne. Les 50% du personnel n'ont pas été supervisés.

Conclusion : Au vue des résultats, nous proposons aux responsables du centre de former le personnel du centre sur les étapes de l'interrogatoire ainsi que l'examen obstétrical d'une CPN et d'assurer la supervision formative à leur endroit.

Mots clés : Qualité des soins, Consultation Prénatale, Gestantes, MUTEC.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 leur père.

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

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

Je le jure !