

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



Année universitaire 2025-2026

N°.....

TITRE

**EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS
PRENATALES RECENTREES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU SELON LE
MODELE DONABEDIAN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/07/2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Mohamed SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : M. Soumana O TRAORE, Maître de conférences agrégé

Directeur : M. Amadou BOCOUM, Maître de conférences agrégé

Membres : M. Nouhoum TELLY, Maître de conférences agrégé

M. Abdourahmane DICKO, Médecin

DÉDICACES

DÉDICACES

Je tiens d'abord à louer Allah, le Tout-Puissant, qui m'a accordé la vie, la santé, la patience et la force nécessaires pour mener à bien ce parcours.

Louange à Lui pour Ses bienfaits apparents et cachés.

Que la paix et le salut soit sur le Prophète Muhammad (ﷺ), modèle intemporel de savoir, de rigueur, de miséricorde et d'excellence.

Je dédie ce travail :

À mon frère, **Drissi Lacksane Ould Sidi Mohamed**

Sans lien de parenté mais lié par le cœur. Celui qui m'a soutenu, encouragé et accompagné dans les moments de doute et de difficulté de mon parcours.

À travers lui, j'ai découvert ce que signifient la bienveillance et l'amour d'un grand frère, présent sans condition, aidant sans attendre.

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respect pour ce soutien qui a marqué mon chemin.

Qu'Allah te récompense abondamment pour chaque geste et chaque intention.

Je dédie ce travail, de manière toute particulière, à la mémoire de **Oumou Fané, (22/10/2002-28/12/2024)** ma sœur en Islam.

Atteinte de drépanocytose homozygote **SS**, elle a affronté très tôt les épreuves de la maladie, de la douleur et de la fatigue, tout en poursuivant avec courage et détermination son rêve de devenir médecin.

En dépit de ses souffrances, jamais je ne l'ai vue se plaindre. Elle faisait preuve d'une patience remarquable, d'une force intérieure rare et d'une constance dans le sourire qui forçaient l'admiration.

Oumou était en **cinquième année de médecine** lorsqu'Allah l'a rappelée à Lui. Elle laisse derrière elle l'image d'une étudiante exemplaire, d'une sœur bienveillante, d'une âme forte dont le courage restera pour nous une source d'inspiration.

Qu'Allah, le Très Miséricordieux, lui accorde Sa vaste miséricorde, l'élève en degrés parmi les vertueux, et fasse de sa patience une cause d'entrée au Paradis. Qu'Il fasse de ce travail une sadaqa jariya pour elle et un rappel pour nous tous de la fragilité de la vie et de la noblesse de l'endurance.

Inna lillahi wa inna ilayhi raji'oun.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Il me sera très difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à son terme. Mes sincères remerciements vont : **A**

Mes grand-mères : Tambaka Walet Aboushak et Adizatou Boncane

Je remercie avec une immense affection mes grands-mères, pour leur sagesse, leurs bénédictions, leurs prières et leur affection constante. Leur présence bienveillante et leurs enseignements ont marqué mon éducation et contribué à forger l'homme que je suis aujourd'hui.

Mes pères : Abdrahmane Sidibé, Alwaly Ag Mohamed, Abdourahmane Dicko

Je remercie très respectueusement mes pères, pour leur amour, leur encadrement, leurs conseils et les valeurs humaines et morales qu'ils m'ont transmises. Leur sens du devoir, leur patience et leur soutien constant ont constitué pour moi une source d'inspiration et de motivation tout au long de mon parcours académique. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Mes mères : Bintou Walet Mohamed, Nana Fatouma Baby, Aïssa Seydou Maïga

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes mères, pour leur amour inconditionnel, leurs prières constantes, leurs sacrifices et leur soutien indéfectible. Votre tendresse, votre patience et votre force morale ont été pour moi un pilier essentiel dans les moments de doute et de difficulté. Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Mes oncles et tantes :

Dr Baby Mohamed Ibrahim et épouse Fatoumata Dicko

M. Baby Bouhaina et épouse Habibatou Hamma ;

M. Dicko Ibrahim Soumaila et épouse Fadila Baby ;

Dr Baby Abdoul Aziz et épouse Sakinah Dicko ;

M. Baby Issouf et épouse Zeina Mohamed ;

M. Baby Yehia et épouse Biba Dicko

M. Bouba Salihou et épouse Fatoumata Abdou

Colonel Issa Kaloga

Votre présence a été pour moi une source de réconfort et de motivation.

Merci !!!

Mes frères et sœurs :

Abdourahim Dicko , Baba Mahmoud , Baba Halidou , Alphaga Dicko , Alietou, Fatoumata , Tata Baby, Anna Baby , Ahamadou Baby , Bouhaina Baby , Hamad Saleh Baby , Balkissa mint , Nana Diahara , Alhoussouna Baby, Sarata Dicko , Adizatou Dicko , Aicha Dicko, Mariama Abdou, Alpha Abdou, Abdourahmane Abdou, Zeinabou Alwaly, Anara Alwaly, Tina Alwaly, Albdoulahi Ag dit Arab

Puisse Allah vous récompenser pour ces moments familiaux et fraternels. Qu'il fortifie nos liens et nous accorde le bonheur !

Ibrahim Salihou Dicko : Difficile de te classer tant tu es un oncle si proche que je t'appelle mon frère qu'Allah te maintienne fort longtemps près de moi. Merci pour les conseils et les encouragements.

Mes amis : Mohamed Ag Ibrahim, Aboubacrine Ag Illad, Hamma Diaby, Mohamed Lamine Fofana, Ramatoulaye Timbély, Aly H, Djamal Maïga, Ahmed Maïga, Modibo Van Diallo, Bana Sangaré, Mata Sangaré, Sekou Dao, Abass Doumbia, Alhader Maïga, Mahamadou Moussa, Aïssata Nango

Puisse ce travail soit le fruit de votre estime et de votre considération !!!

Mes aînés et mentors : Camel, Alikoy, Alhader Ag dit Ankane, Moumini Guindo, Mahamadou Toppo, Hamid Ahmed, Issoufou Touré, Fatouma Dicko, Attaqi, Martin H

Votre présence à mes côtés m'a permis de traverser de manière sage tant de difficultés, grâce à vous la vie du point G réputée pour ses épreuves est devenue supportable pour ma personne. Ce travail est donc logiquement le fruit de votre bienveillance envers votre jeune frère. Recevez toute ma gratitude et mon estime pour vos personnalités.

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.
Nos hommages respectueux.

A mes maîtres du premier cycle, du second cycle, du lycée et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS). Qu'ils trouvent ici le fruit de leurs efforts conjugués.

Aux médecins du Centre de Santé de Référence de la Commune de Ouelesseboungou :

J'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour vos aides et pour vos encouragements. Que Dieu vous bénisse et vous donne longue vie

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune de Ouelesseboungou :

Mes chers, rien ni aucun mot ne peut traduire ce qui nous unit et ce que nous avons vécu ensemble. Merci pour tout ce que vous avez fait. Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le vôtre tous mes sentiments de fraternité

Aux Sage-femmes et infirmières du service de gynécologie-obstétrique du CSRéf de Ouelesseboungou : un grand merci pour votre soutien et collaboration.

A l'association des étudiants ressortissants du Nord et sympathisants GAAKASSINEY :
Grâce à vous je suis resté connecté à la culture si riche du nord mali, merci pour tous ces souvenirs !

A la Jeunesse Tabital Pulaaku : On Jaaraama !!!

A l'Etat-major les BATISSEURS :

Merci pour la formation, le leadership et d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui au sein de la FMOS /FAPH. Je n'oublierai jamais ces merveilleux moments passés ensemble.

A toute la 15^{ème} promotion «Feu Pr. ISSA TRAORE »

Puisse le bon Dieu guider nos pas vers un avenir radieux.

A ma ville natale MENAKA

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Praticien hospitalier au CSRéf de la CV ;**
- **Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Titulaire d'un Master en Santé Publique (Option Santé Communautaire) du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP).**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leader d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher maître, C'est pour nous un privilège insigne de voir ce travail placé sous votre haute autorité. Maître de Conférences Agrégé, vous incarnez aujourd'hui cette excellence malienne qui refuse de choisir entre la rigueur de la Santé Publique et l'exigence de la Gynécologie-Obstétrique.

Votre nom est indissociable de la Commune V, dont vous avez fait un véritable sanctuaire de la santé maternelle. Par vos travaux pionniers sur les hémorragies obstétricales et le dépistage des cancers féminins, vous n'avez pas seulement publié de la science, vous avez sauvé des familles.

Nous saluons en vous le Maître qui, au sein du DERSP et de la FMOS, façonne avec patience et exigence la nouvelle génération. Votre présence à la tête de ce jury est le gage d'une quête de vérité scientifique dont vous êtes, pour nous tous, le gardien. Merci, Monsieur le Président, de nous faire l'honneur de guider nos premiers pas dans le monde des pairs.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR

Professeur Amadou BOCOUM

- **Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SAGO**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SOMAGO**
- **Praticien au CHU Gabriel Touré :**

Cher maître,

Votre élection en tant que Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) honore l'ensemble de la communauté médicale malienne.

Vos travaux précurseurs au **CHU Gabriel Touré**, notamment sur l'amélioration des pronostics materno-fœtaux et la gestion des urgences obstétricales, font de vous un maître incontesté de votre discipline. Au-delà de votre expertise technique, nous saluons le formateur d'exception dont la rigueur et le sens de l'urgence au service de la vie sont pour nous, futurs praticiens, des repères fondamentaux.

A NOTRE MAITRE, MEMBRE DU JURY ;

Pr. Nouhoum TELLY

- **Maitre de conférences agrégé en Epidémiologie à la FMOS.**
- **Chef par intérim de la division Surveillance Epidémiologique et recherche à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).**
- **Secrétaire générale adjoint de la société Malienne d'épidémiologie (SOMEPI)**
- **Secrétaire administratif de la société malienne de santé publique (SOMASAP)**
- **Chef de l'unité "Maladies infectieuses" du laboratoire de recherche du département d'enseignement et de recherche en santé publique (DERSP)**

Cher maître

C'est un immense honneur et un privilège scientifique de vous compter parmi les membres de notre jury de thèse.

Vos multiples casquettes, à la fois d'enseignant-chercheur émérite au sein de notre faculté et de leader stratégique dans la recherche opérationnelle et la surveillance épidémiologique au Mali, forcent l'admiration. Votre engagement infatigable à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales témoigne de votre dévouement pour la santé publique de notre pays.

Nous saluons le chercheur rigoureux, le clinicien accompli et l'épidémiologiste de haut vol dont les travaux éclairent la communauté scientifique bien au-delà de nos frontières.

Derrière les titres et la rigueur de l'expert, nous avons découvert un enseignant d'une générosité intellectuelle remarquable, toujours disponible pour guider et propulser la jeune génération de médecins en devenir. Votre rigueur scientifique n'a d'égale que votre bienveillance humaine.

En acceptant d'analyser et de juger ce modeste travail, vous lui donnez une valeur inestimable. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude, de notre immense respect et de notre sincère admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

Docteur DICKO Abdourhamane

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Le médecin chef du district sanitaire de Ouelessebougu,**
- **Ancien chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de Koulikoro,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Titulaire d'un certificat en recherche sur les systèmes de santé à l'université de Bruxelles en Belgique,**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire sur la prise en charge globale des patients infectés par le HIV en Afrique Subsaharienne à Ouagadougou au Burkina Faso.**

Je tiens à saluer avec une profonde admiration le **Docteur Abdourhamane Dicko**, dont le parcours est une véritable école de rigueur et d'engagement.

Gynécologue-obstétricien de renom, votre expertise dépasse nos frontières. Titulaire d'un certificat en recherche sur les systèmes de santé de l'Université de Bruxelles et diplômé de l'Université de Ouagadougou en prise en charge globale du VIH, vous alliez la précision clinique à une vision stratégique de la santé publique.

Votre leadership, forgé à la tête du service de gynécologie de Koulikoro et aujourd'hui en tant que Médecin-Chef du district sanitaire de Ouélessébougou, témoigne de votre dévouement pour la santé de nos populations. Membre éminent de la SOMAGO, vous êtes un pilier de notre système de soins. Merci, cher maître, de nous honorer de votre immense expérience et de votre regard d'expert international.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. Introduction :	1
II. Objectifs :	5
2.1. Objectif général :	5
2.2. Objectifs spécifiques :	5
III. Généralités :	7
3.1. Historique de la consultation prénatale :	7
3.2. Définitions Usuelles :	8
IV. Méthodologie :	23
4.1. Cadre d'étude :	23
4.1.1. Description de la maternité du CS Réf	24
4.2. Type d'étude :	24
4.3. Période d'étude :	24
4.4. Population d'étude :	24
4.5. Taille de l'échantillon :	25
4.6. Critères de jugement :	26
4.7. Variables étudiées :	26
4.8. Collecte des données :	27
4.9. Plan d'analyse des données	27
4.10. Système de classement :	27
4.11. Considérations éthiques et déontologiques :	29
V. Résultats :	31
5.1. Résultats généraux :	31
5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques :	31
5.2. Résultats de l'évaluation :	37
5.2.1. Structure : Niveau de Qualité	37
5.2.2. Procédures :	40
5.2.3. Results :	51
VI. Commentaires et discussion	55
6.1. Approche méthodologique :	55
6.2. Résultats généraux :	55
6.2.1 Caractéristiques sociodémographiques :	55
6.3. Résultats de l'évaluation :	56
6.3.1. Qualité des structures :	56
6.3.2 Qualité de la CPN :	57
6.3.2.1. Qualité de l'accueil des patientes :	57

6.3.2.2. Informations recueillies lors de l'interrogatoire :	57
6.3.2.3. Qualité de l'examen physique :	57
6.3.2.4. Demande des examens complémentaires :	58
6.3.2.5. Soins préventifs :.....	58
6.3.2.6. La qualification de personnel ayant effectué la CPN :.....	59
6.3.2.7. La qualité du respect du malade :	59
6.3.2.8. La qualité de la relation humaine :	59
6.3.2.9. La qualité des conseils :.....	59
6.4. Opinion et satisfaction des usagers de la CPNR :	60
6.5. Résultat du classement :.....	60
VII. Conclusion et Recommandations	63
7.1. Conclusion :.....	63
7.2. Recommandations :	64
VIII. Références :.....	67
IX. Annexes :.....	71

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de leur tranche d'âge	31
Tableau II: Répartition des gestantes en fonction de leur niveau d'étude.....	31
Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de leur profession.	32
Tableau IV : Répartition des gestantes en fonction de leur état matrimonial.....	32
Tableau V: Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés.....	33
Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction du nombre de grossesse	34
Tableau VII : Répartition des gestantes en fonction de leur Parité	34
Tableau VIII : Répartition des gestantes en fonction du trimestre de la 1 ^{ère} CPN	35
Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN réalisées	35
Tableau X : Répartition des gestantes en fonction des plaintes évoquées	36
Tableau XI: Niveau de qualité de la structure du CS Ref de Ouelessebougu.....	37
Tableau XII : Répartition selon les variables de l'accueil.....	40
Tableau XIII : Observation du prestataire sur l'interrogatoire de la situation personnelle des gestantes.	40
Tableau XIV : Observation du prestataire sur l'interrogatoire des ATCD médicaux des gestantes	41
Tableau XV : Observation du prestataire sur l'interrogatoire par rapport aux ATCD obstétricaux chez les gestantes.	42
Tableau XVI: Observation de l'interrogatoire par rapport aux symptômes pouvant être associés à la grossesse actuelle.....	43
Tableau XVII: Répartition en fonction de la réalisation de l'examen physique.	44
Tableau XVIII : Répartition selon le respect de l'intimité des gestantes.	45
Tableau XIX : Eléments du respect de l'intimité	45
Tableau XX : Les examens complémentaires demandés selon les normes.....	46
Tableau XXI : Prescription de soins préventifs	47
Tableau XXII : Répartition en fonction des explications données sur la prescription des soins préventifs et leur intérêt.....	47
Tableau XXIII : Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque notés.	48
Tableau XXIV: Répartition des gestantes en fonction des conseils donnés.....	48
Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction du type de conseils donnés.....	49
Tableau XXVI : Niveau de réalisation des composantes essentielles de la CPN recentrée ...	50
Tableau XXVII: Répartition des gestantes en fonction de leurs opinions sur les CPN.	51

Liste des figures :

Figure 1 : Carte sanitaire du district de Ouelessebougu.....	23
Figure 2 : Répartition des gestantes en fonction de la profession de leur mari.....	33
Figure 3 : Répartition des gestantes en fonction du prestataire de CPN.	36
Figure 4 : Répartition des gestantes en fonction du niveau de satisfaction.....	52
Figure 5 : Répartition des gestantes en fonction des potentiels obstacles pour le respect des rendez-vous	53

Listes des sigles et abréviations :

AG : Age de la Grossesse

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

BIP : Bipariétal

BW : Bordet et Wassermann

C VI : Commune VI du district de Bamako

CAT : Conduite à tenir

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CPN : Consultation Prénatale

CPNR : Consultation Prénatale Recentrée

CPS : Cellule de Planification et de Statistique

CS Com : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CUD : Contraction Utérine Douloureuse

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDR : Date des dernières règles

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

DPA : Date Probable d'Accouchement

DTC : Directeur Technique de Centre

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FAF : Fer Acide Folique

FM : Frottis Mince

FV : Frottis Vaginal

GE : Goutte Epaisse

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

THESE MEDECINE

MOHAMED SIDIBE

IMC : Indice de Masse Corporelle

IO : Infirmière Obstétricienne

MAF : Mouvements actifs du fœtus

MII : Moustiquaires Imprégnées d'insecticides

MSSPA : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PMI : Pharmacie Populaire du Mali

PNP : Politiques Normes et Procédure

PPM : Protection Maternelle et Infantile

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PU : Prélèvement Urétral

RAC : Réseau Administratif de Communication.

RPMM : Réseau africaine de Prévention de la Mortalité Maternelle

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

SF : Sagefemme

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SP : Sulfadoxine-Pyrimethamine

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TA : Tension Artérielle

TE : Test d'Emmel

TPI : Traitement Préventif Immédiat

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

USA : United State of America / États-Unis d'Amérique

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VATR : Vaccin Anti Tétanique Rappel

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

I. Introduction :

Le droit international relatif aux droits de l'homme prévoit des engagements fondamentaux des Etats pour donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de survivre à leur grossesse et leur accouchement au titre de leurs droits en matière de sexualité et de procréation et de leur droit de vivre dignement [1]

Les soins prénatals sont les soins que reçoit une femme pendant sa grossesse, qui concourent à une issue favorable de l'accouchement.

La Consultation prénatale (CPN) est un acte médical qui s'organise autour d'un ensemble de gestes contribuant à trois fins essentielles qui sont de :

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

Les soins prénatals traditionnels utilisent une approche axée sur le risque et présument que davantage de consultations apporteront des meilleurs résultats à la mère et à son enfant.

L'approche actualisée des soins prénatals, appelée soins prénatals « recentrés » ou « focalisés » met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur leurs nombres.

C'est une approche qui reconnaît que des consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier Mais également que des femmes identifiées comme étant « **à haut risque** » développent rarement des complications tandis que celles considérées comme étant « **à faible risque** » en développent souvent [3,4]

Selon l'OMS, près de 800 femmes et adolescentes meurent chaque jour à la suite des complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; 99% de ces décès maternels surviennent dans des contextes de faibles ressources et la plupart peuvent être évités, cependant le principal obstacle demeure le manque d'accès à des soins de qualités pour les femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement [5].

Les pays africains enregistrent plus de la moitié des décès maternels avec 525 décès pour 100 000 naissances vivantes et 27 décès néonataux pour 1000 naissances [6]

Au Mali, le taux mortalité liée à la grossesse a globalement baissé entre 2001 et 2018, passant de 582 à 373 pour 100 000 naissances vivantes [7] ce qui est loin de l'objectif du dernier Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire (PDDSS) fixé à 146 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2023[8]

Pour réduire les risques de décès maternel et néonatal liés à la grossesse l'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que toute femme enceinte, doive se faire examiner dans un établissement de santé au moins quatre fois pendant sa grossesse et que tous les accouchements doivent être effectués dans un centre spécialisé par un personnel qualifié et quatre consultations postnatales pour assurer la surveillance des suites de couche.

Malgré une hausse de la couverture (87 % des femmes enceintes ont au moins un contact avec un soignant), la qualité reste le "maillon faible".

Une étude majeure du Lancet souligne que la mortalité maternelle dans les pays à revenus faibles est davantage due à la médiocrité des soins qu'à l'absence d'accès.

Environ 5 millions de décès par an dans le monde (toutes pathologies confondues) sont dus à des soins de santé de mauvaise qualité, dépassant le nombre de décès dus à l'absence d'accès aux soins [9]

En Afrique subsaharienne, l'adoption de la CPN recentrée (CPNR) peine à se traduire par une réduction rapide de la mortalité, car les composantes essentielles (examens biologiques, conseils) sont souvent omises.

Seul un faible pourcentage de femmes reçoit le "paquet complet" de soins lors d'une CPN. Une analyse de 20 pays africains montre que si 75 % des femmes font une CPN, moins de 30 % bénéficient des interventions de base (tension, urines, sang) [10]

Le Mali fait face à des défis structurels où la qualité de la CPNR est limitée par le plateau technique et le retard de la première consultation.

Concernant la CPNR, seulement 43 % des femmes atteignent les 4 visites recommandées, et seulement 36 % effectuent leur première visite avant le 4ème mois de grossesse [11].

Une étude à Bamako a révélé que la qualité globale de la CPNR est jugée moyenne, avec des lacunes majeures dans la communication sur les signes de danger [12].

Les consultations prénatales recentrées ont été adoptées par le gouvernement du Mali et intégrées dans les documents des politiques, normes et procédures de santé de la reproduction lors de la 3^{ème} révision des PNP entre 2005 et 2006. [13]

Il est évident que c'est de l'application rigoureuse du contenu de la CPNR par un personnel qualifié exerçant dans des conditions optimales que dépend la contribution de cette intervention à l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale [14 ;15].

Des évaluations périodiques s'avèrent donc nécessaires pour identifier les insuffisances afin de les corriger, et pour adapter ce modèle de la CPNR à chaque établissement de soins. La présente étude menée à la maternité du CS Réf de Ouelessebouyou s'est inscrite dans cette direction en vue d'améliorer la performance des services de la CPNR.

OBJECTIFS

II. Objectifs :

2.1. Objectif général :

Evaluer la qualité des consultations prénatales recentrées à la maternité du centre de santé de référence de Ouelessebougou selon le model Donabedian.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui ont recours à la CPN
- Décrire le niveau de qualifications des prestataires des CPN ;
- Déterminer le niveau de respect des normes et procédures lors des CPN ;
- Déterminer le niveau de satisfaction des gestantes au cours de la CPN

GENERALITES

III. Généralités :

3.1. Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de politiques de santé dédiées à l'amélioration de la santé maternelle et infantile remonte à la fin du XIXe siècle en Europe. À cette époque, les motivations sous-jacentes étaient souvent d'ordre économique et politique, les gouvernements percevant la bonne santé des mères et des enfants comme un moyen de renforcer leur puissance nationale. Ce raisonnement était particulièrement prégnant en France et en Grande-Bretagne, où l'état de santé des jeunes générations influençait directement le recrutement militaire. [16,17]

Les initiatives de pionniers comme Léon Dufour, avec « La goutte de lait », et Pierre Budin, avec les consultations pour nourrissons, ont inspiré les gouvernements à mettre en place des programmes visant à améliorer la survie et la santé des enfants, afin d'en faire de futurs travailleurs et soldats en bonne condition physique. Progressivement, ces programmes se sont appuyés sur les réformes sociales en cours, ce qui a conduit à l'instauration de services de santé maternelle et infantile dans tous les pays industrialisés, ainsi que dans leurs colonies et dans certains pays d'Amérique latine et d'Asie, comme la Thaïlande.[16]

La Première Guerre mondiale a accéléré ce mouvement, mais ce n'est véritablement qu'après la Seconde Guerre mondiale que ces programmes se sont institutionnalisés. En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies a officiellement affirmé l'obligation d'accorder une assistance spécifique aux mères et aux enfants, conférant ainsi à la santé maternelle une portée internationale et une dimension morale. [17]

En 1987, l'Appel pour une Maternité sans Risque a mis en lumière l'influence des conditions sociales, culturelles et économiques sur la santé maternelle, en pointant notamment les inégalités auxquelles les femmes font face. Au fil du XXe siècle, divers traités internationaux sur les droits humains ont vu le jour, rendant les États signataires responsables du respect des droits fondamentaux de leurs citoyens, y compris ceux des mères et des enfants [18]

Malgré ces efforts et l'engagement croissant des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile demeurait une tragédie mondiale. En effet, au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas et F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet le 29 Décembre 1934 précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale.[4]

En réponse, la première Conférence internationale sur la Maternité sans Risque, tenue à Nairobi en 1987, a fixé l'objectif de réduire de moitié les taux de mortalité maternelle d'ici l'an 2000 par rapport à leur niveau de 1990. Cet objectif a ensuite été repris par plusieurs autres

conférences internationales, notamment le Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990), la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et la Conférence internationale sur les femmes (Pékin, 1995). [17]

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont réévalué les statistiques sur la mortalité maternelle en raison d'une meilleure collecte des données, révélant que le problème était plus grave qu'estimé initialement.

Le nombre annuel de décès maternels dans les pays en développement était alors estimé à environ 600 000.[19]

L'évaluation de la qualité des soins a débuté aux États-Unis il y a près d'un siècle, mais elle s'est réellement développée à partir des travaux de Donabedian en 1966. [20] Cette approche a d'abord été adoptée par les pays anglo-saxons, avant d'être introduite en France au début des années 1980 sous l'impulsion de chercheurs comme **Papiernik**, [21] Lacronique, Armogathe et Weil. La reconnaissance officielle de cette démarche s'est concrétisée aux États-Unis avec la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) et l'intégration de cette évaluation dans les réformes hospitalières.

3.2. Définitions Usuelles :

a) Evaluation :

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

b) Qualité des soins :

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

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

- La relation soignante soignée (respect de la dignité humaine) ;

- La démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique, du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- La continuité des soins ;
- Les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- L'autonomisation.

c) Evaluation de la qualité des soins : Model de DONABEDIAN

L'évaluation de la qualité doit reposer sur une définition conceptuelle et opérationnelle de ce que signifie la « qualité des soins médicaux ». Ce niveau fondamental présente de nombreuses difficultés, car la qualité des soins est une notion remarquablement difficile à définir. Peut-être que la définition la plus connue est celle proposée par **Lee et Jones. [22]**, sous la forme de huit « articles de foi », certains énoncés comme des attributs ou des propriétés du processus de soins, d'autres comme des objectifs de ce processus.

Ces « articles » transmettent clairement l'idée que les critères de qualité ne sont rien d'autre que des jugements de valeur appliqués à plusieurs aspects, propriétés, éléments ou dimensions d'un processus appelé soins médicaux. En tant que tels, la définition de la qualité peut être pratiquement tout ce que l'on souhaite, bien qu'elle reflète généralement les valeurs et objectifs en vigueur dans le système de soins médicaux et dans la société au sens large dont il fait partie. **[20,23]** Peu d'études empiriques approfondissent les dimensions et les valeurs pertinentes à un moment donné dans un contexte donné. **Klein et al.[24]** ont constaté que 24 « responsables administratifs » ont donné pas moins de 80 critères pour évaluer les « soins aux patients ». Ils concluent que les soins aux patients, comme le moral, ne peuvent être considérés comme un concept unitaire, et « ... il semble probable qu'il n'existera jamais un critère unique et complet permettant de mesurer la qualité des soins aux patients ».

Le choix, parmi une multitude de dimensions et de critères possibles, de ceux qui serviront à définir la qualité aura bien entendu une influence profonde sur les approches et les méthodes utilisées pour évaluer les soins médicaux.

-Approches d'évaluation

Le résultat des soins médicaux, en termes de guérison, de restauration de la fonction et de survie, a souvent été utilisé comme indicateur de la qualité des soins. On peut citer par exemple des

études sur la mortalité périnatale, les taux de mortalité chirurgicale ou encore la réinsertion sociale des patients sortis d'hôpitaux psychiatriques.

Utiliser les résultats comme critère de qualité des soins médicaux présente de nombreux avantages. Leur validité est rarement remise en question, tout comme la stabilité des valeurs de guérison, de restauration et de survie dans la plupart des situations et des cultures – bien que ce ne soit pas toujours universel. De plus, les résultats ont tendance à être assez concrets et donc apparemment mesurables avec plus de précision.

Cependant, plusieurs considérations limitent l'usage des résultats comme indicateurs de la qualité des soins :

Le résultat est-il vraiment la mesure pertinente ? Les résultats reflètent à la fois la capacité de la science médicale à produire certains effets dans des conditions données, et le degré d'application de cette médecine scientifique dans les cas étudiés. Mais l'objectif peut être justement de distinguer ces deux effets. Pertinence du critère choisi : Par exemple, choisir la survie comme critère de succès dans une situation non mortelle mais entraînant des handicaps ou une santé sous-optimale peut être non pertinent.

Facteurs confondants : De nombreux facteurs autres que les soins peuvent influencer les résultats. Il faut donc contrôler tous les autres facteurs significatifs pour tirer des conclusions valides.

Temps d'apparition des résultats : Parfois, les résultats pertinents peuvent apparaître après des années, voire des décennies, ce qui pose problème pour les évaluer à temps.

Efficacité incertaine de la technologie médicale : On ne connaît pas toujours précisément les résultats attendus dans une situation donnée, ce qui nécessite des études comparatives contrôlées.

Mesure difficile de certains résultats : La mort est facile à mesurer, mais des éléments comme la satisfaction du patient, la réinsertion sociale, le handicap physique ou la réhabilitation sont plus difficiles à évaluer.

Validité subjective des résultats : Même les résultats les plus évidents peuvent être discutables. Par exemple, prolonger la vie dans certaines circonstances est-il toujours le signe de bons soins ? **McDermott et al.[25]** ont montré que fixer une hanche luxée congénitale est considéré comme bon pour l'homme blanc, mais peut être invalidant pour un Indien Navajo habitué à s'asseoir par terre ou en selle.

Manque d'explication sur les causes : Les résultats globaux n'indiquent pas où se trouvent précisément les lacunes ou les points forts dans le processus de soins. Toutes ces limites ne signifient pas que les résultats sont des indicateurs inappropriés de la qualité, mais montrent

qu'ils doivent être utilisés avec discernement. Dans l'ensemble, les résultats restent les validateurs ultimes de l'efficacité et de la qualité des soins.

-Autre approche : évaluer le processus de soins

Une autre méthode consiste à examiner le processus de soins lui-même plutôt que ses résultats. Cela repose sur l'idée qu'on s'intéresse non à ce que la technologie médicale peut accomplir, mais à si les soins actuellement reconnus comme « bons » ont été correctement appliqués.

Les jugements sont alors fondés sur la pertinence, la complétude et la redondance des informations cliniques recueillies, la justification des diagnostics et traitements, la compétence technique dans les actes diagnostiques et thérapeutiques, les actions de prévention, la coordination et continuité des soins, et l'acceptabilité des soins du point de vue du patient.

Cette méthode nécessite une attention importante à la définition des dimensions, valeurs et standards pertinents à utiliser. Les estimations de qualité qui en résultent sont moins stables et moins définitives que celles basées sur les résultats, mais peuvent être plus pertinentes pour répondre à la question : « La médecine a-t-elle été bien pratiquée ? »

Processus et résultats : une chaîne continue

Cette distinction entre processus et résultats peut donner l'impression d'une séparation simple entre les moyens et les fins. Mais il serait plus juste de voir cela comme une chaîne ininterrompue de moyens conduisant à des fins intermédiaires, elles-mêmes moyens pour d'autres fins. La santé peut ainsi être un moyen pour atteindre un autre objectif. Plusieurs auteurs ont montré que cette formulation est utile pour l'évaluation.

On parle alors de mesure des points finaux procéduraux, qu'on classe généralement sous « processus » puisqu'ils reposent sur des considérations analogues de valeurs, normes et validation.

Troisième approche : évaluer la structure

Une dernière approche consiste à étudier non pas les soins eux-mêmes, mais le cadre dans lequel ils sont dispensés et les moyens qui les rendent possibles. Cela s'appelle l'évaluation de la structure, qui peut aussi inclure les processus administratifs qui soutiennent et dirigent la prestation des soins.

On s'intéresse à des éléments comme : l'adéquation des équipements et infrastructures, la qualification et organisation du personnel médical, les structures administratives des institutions, l'organisation financière, etc.

L'hypothèse est que de bons soins suivront si le cadre et les moyens sont adéquats. Cette méthode a l'avantage de s'appuyer sur des données assez concrètes et accessibles, mais sa

grande limite réside dans le fait que la relation entre structure et processus ou entre structure et résultats est souvent mal établie. [26]

d) Consultation prénatale (CPN) :

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

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

e) Consultation prénatale recentrée :

C'est une approche actualisée sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre des visites. Elles reconnaissent que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

f) Politique et normes des services :

Politique :

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

Normes :

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

g) Procédures :

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

h) Grossesse :

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

i) Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. Les facteurs de risque se classent en 3 catégories :

Facteurs de risque antérieurs à la grossesse Il s'agit de :

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

Facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse

Il s'agit de :

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

Facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement

Il s'agit de :

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

j) Grossesse à haut risque :

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

k) La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse. [18]

l) Mortalité maternelle :

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

m) Taux de mortalité maternelle :

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

n) Aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

o) Carte sanitaire :

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

p) Paquet minimum d'activité (PMA) :

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

q) Centre de santé de référence :

Un Centre de Santé de Référence (CS Réf) est un établissement de santé de deuxième niveau qui assure des soins de santé plus spécialisés et sert de relais entre les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) de base et les hôpitaux. Il est un maillon essentiel du système de santé malien, offrant des services de diagnostic, de traitement et de prise en charge globale, tout en jouant un rôle de référence pour les cas complexes ou référés par les CSCoM.

r) Référence :

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

s) Evacuation :

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

3.3. Aspects techniques de la consultation prénatale :

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

L'ovulation et la menstruation sont supprimées, le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique. La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel. Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins. Le diagnostic de la grossesse est très facile même dans les deux premières semaines. Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale.

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

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

3.4. Consultation prénatale recentrée :

3.4.1 Concepts :

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

3.4.2 Eléments de la CPN recentrée :

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

3.4.3. Etapes de la CPN recentrée :

❖ Préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

❖ Accueillir chaleureusement la femme avec respect et amabilité

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

NB : Les clientes sont prises par ordre d'arrivée, excepté les 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 femme ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles ;

❖ **Procéder à l'examen :**

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

❖ **Demander les examens complémentaires :**

A la première consultation qui a lieu au premier trimestre :

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

Les autres examens seront demandés selon le besoin. Pour les autres consultations - Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines et d'autres examens complémentaires au besoin.

- Demander l'échographie :

A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;

A 32 SA pour la croissance fœtale.

❖ **Prescrire les soins préventifs :**

- Vacciner la femme contre le tétanos :

VAT 1 (0,5 ml) : Dès le 1^{er} contact ou 1^{ère} consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt ;

VAT 2 (0,5 ml) : 1 mois après VAT1 ;

VATR1 (0,5 ml) 6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure

VATR2 (0,5 ml) 1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure ;

VATR3 (0,5 ml) 1 an après VATR2 ou au cours grossesse ultérieure - Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) :

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

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

Chaque dose de TPIg-SP devrait être donnée à un mois au moins d'intervalle.

La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement sans qu'il y ait de risques pour la santé.

Le TPIg devrait être administré, dans l'idéal, comme traitement sous observation directe (DOT).

La SP peut être donné à jeun ou avec des aliments.

L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donné avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique.

La SP ne doit pas être donnée aux femmes sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

- Prescrire le fer acide folique :

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

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

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

- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix. ❖ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

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

- Identifier un prestataire compétent ;
- Identifier le lieu de l'accouchement ;

- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard)
 - Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né)
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger ;

Signes du travail :

Contractions utérines régulières progressivement douloureuses

Glaire striée de sang (bouchon muqueux)

Modification du col (effacement et dilatation).

Signes de danger chez la femme enceinte :

Saignements vaginaux

Respiration difficile

Fièvre

Douleurs abdominales graves

Maux de tête prononcés/vision trouble

Vertiges, bourdonnements d'oreilles

Convulsions/pertes de conscience

Douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine

Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

❖ **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 avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.

❖ **Raccompagner la femme après l'avoir remerciée**

❖ **Consultation prénatale de suivi :**

- Demander l'histoire depuis la dernière consultation ;

- Rechercher les signes de danger ;
- Procéder à l'examen physique ciblé ;
- Demander les examens complémentaires au besoin ;
- Prescrire les soins préventifs ;
- Prescrire les soins curatifs au besoin.
- Donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la PF, les mesures préventives ;

- Rappeler la date probable de l'accouchement ;
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale ;

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

- Grossesse sur utérus cicatriciels (antécédents de césarienne, antécédents de myomectomie) ;
- Grossesses multiples (gémellaire, triple etc.) ;
- Hypertension artérielle et grossesse ou antécédents d'hypertension artérielle sur grossesse ;
- Diabète et grossesse ;
- Hémoglobinopathie et grossesse ;
- Grossesses induites ;
- Cardiopathies et grossesse ;
- Asthme et grossesse ;
- Anémie sur grossesse ;
- Antécédents d'avortement à répétition ;
- Antécédents de mort fœtale in utéro ou de mort intrapartum ;
- Antécédents d'accouchements dystociques ;
- Fibrome utérin et grossesse ;
- Antécédents obstétricaux chargés ;
- Paludisme grave et grossesse ;
- Morts fœtales in utero ;
- Les présentations fœtales anormales en fin de grossesse : siège, transversale, oblique etc ;
- Les bassins anormaux : bassin généralement rétréci, bassin limite, bassin asymétrique ;
- Mère rhésus négatif ;
- Primigeste âgée : première grossesse à 30 ans ou plus ;

- Primigeste jeune : grossesse chez les femmes de moins de 18ans ;
- Les hauteurs utérines excessives ($HU \geq 36\text{cm}$) ;
- Petite taille : taille inférieure à 1m50 ;

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie :

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de Ouelessebouguou

Le District sanitaire de Ouelessebouguou couvre une superficie de 1 066 km² avec une population totale de 314 314 habitants en 2024 (RGPH 2009 actualisé au taux d'accroissement de 3,66). Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et distant de 80 Km de Bamako sur la RN7. Il est limité :

- À l'est par le district de Dioïla
- À l'ouest par le district de Kangaba
- Au nord par le district de Kalaban-coro
- Au sud-ouest par les districts de Sélingué et Bougouni

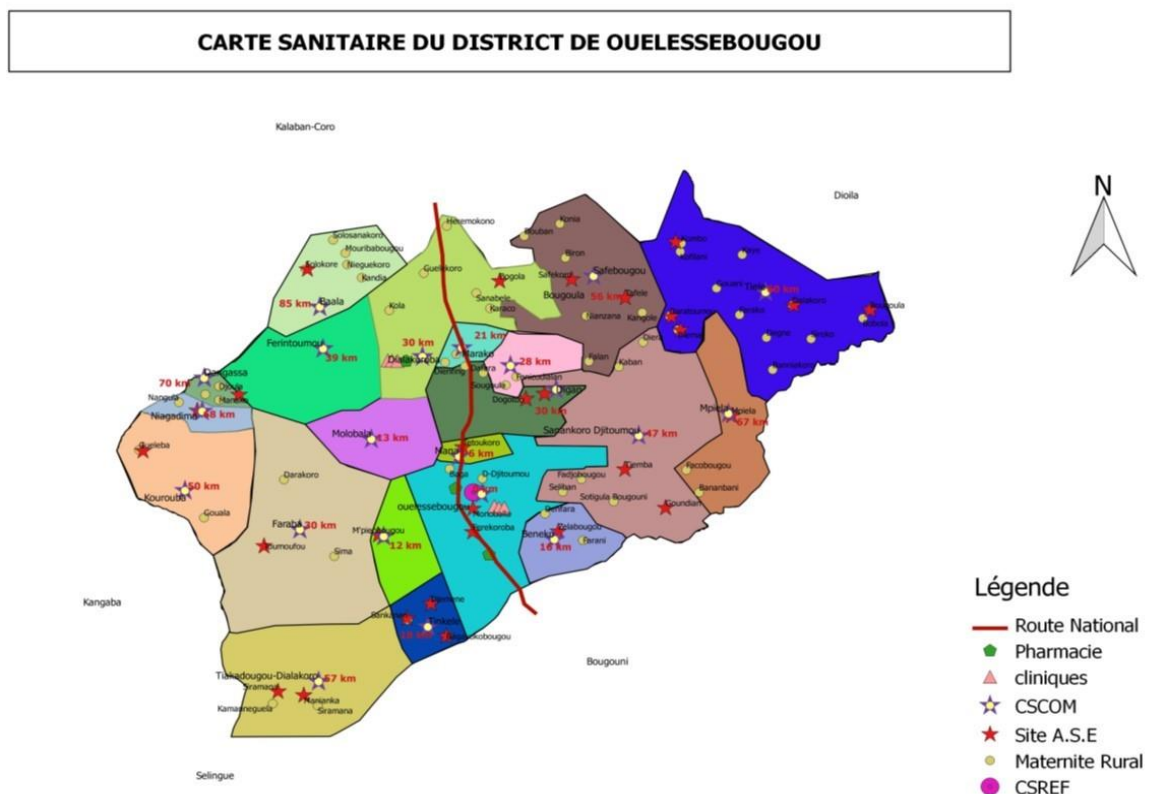


Figure 1 : Carte sanitaire du district de Ouelessebouguou.

4.1.1. Description de la maternité du CS Réf :

Située au côté Est du bloc de la médecine.

❖ Le Local

L'unité de la maternité est composée de 14 salles :

- Un bureau du gynécologue-Obstétricien ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une salle de consultation prénatale (CPN) ;
- Une salle de PF, de Counseling et de dépistage du cancer du col ;
- Une salle d'accouchement avec 02 tables ;
- Une salle de pansement et des soins ;
- 02 salles des suites de couches
- Une salle de travail
- Deux grandes salles d'hospitalisation avec 10 lits ;
- 03 salles d'hospitalisation VIP

❖ Le Personnel

Le personnel de la maternité est composé de :

- Trois (3) médecins généralistes ;
- Cinq (5) sages-femmes ;
- Six (6) infirmières obstétriciennes ;
- Trois (3) internes ;
- Deux (2) manœuvres.
- Et des stagiaires

4.2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale sur la qualité des CPNR réalisées à la maternité du CSRéf de Ouelessebougou.

4.3. Période d'étude :

Notre étude a été menée du 01 Janvier au 30 Septembre 2025

4.4. Population d'étude :

Toutes les femmes enceintes ayant effectuées au moins une CPN à la maternité du CS Réf de Ouelessebougou et les prestataires durant notre période d'étude.

a. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude :

- Les femmes ayant effectuées au moins une CPN à la maternité du CS Réf de Ouelessebougu durant notre période d'étude et ayant donné leurs consentements
- Les praticiens (SF, Médecin, IO) ayant donné leurs consentements ;
- Les dossiers complets des femmes ayant effectuées au moins une CPN à la maternité du CS Réf de Ouelessebougu durant notre période d'étude

b. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses :

- Les femmes ayant effectuées leurs CPN dans d'autres structures et venues consulté pour pathologie sur grossesse
- Les dossiers incomplets ou inexploitable

4.5. Taille de l'échantillon :

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

$$n = Z^2 * \frac{pq}{i^2}$$

Avec :

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

Une précision : i= 5%

Et p= 76%. Selon l'EDSM VI, le recours aux soins prénatals varie selon la résidence et il est de 76% en milieu rural q= 1-p= 1-0,76= 0,24

$$n = (1,96)^2 * \frac{0,76*0,24}{(0,05)^2} = 280,48 = 281$$

En prenant r (taux de non-réponse) = 10% de cette taille comme taux de non-réponse possible on aura :

$$n_{final} = \frac{n}{1 - r}$$

$$n_{final} = \frac{281}{1-0,10} = 312$$

Nous avons donc comme taille minimale de notre échantillon n= 312 gestantes

4.6. Critères de jugement :

Pour juger la qualité globale des consultations prénatales à la maternité du CSRéf de oulessebouyou ; nous nous sommes référés sur la politique sectorielle du Mali et sur les normes et procédures en CPNR au Mali ainsi qu'au modèle de Donabedian.

4.7. Variables étudiées :

❖ Structure

Toutes les maternités doivent posséder :

- Une table de consultation ;
- Une chaise de consultation pour praticien ;
- Des armoires de rangement ;
- Des chaises pour les femmes enceintes ;
- Des bancs pour les salles ou halls d'attente ;
- Une table d'examen gynécologique ;
- Un tensiomètre couplé d'un stéthoscope biauriculaire ;
- Un stéthoscope obstétrical ;
- Un mètre ruban ;
- Un pèse-personne de bonne qualité ;
- Une toise ;
- Des spéculums gynécologiques à usage unique vendus dans la pharmacie à défaut des spéculums métalliques ;
- Une eau de décontamination bien constituée ;
- Une lampe d'examen ; Un stérilisateur fonctionnel ; Des alèzes ;
- Des paravents ;
- Personnels qualifiés (Sage-Femme, Infirmière Obstétricienne, médecin)
- Médicaments (Fer Acide Folique, Vaccin Antitétanique, SP...)

❖ Procédure de la CPNR

L'observation a porté sur

- L'accueil ;
- Les caractéristiques sociodémographiques de la gestante ;
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- Le nombre de CPN réalisées ;

- Le déroulement de l'examen clinique ;
- Les examens complémentaires
- Les soins préventifs ;
- L'attitude du praticien ;
- Le respect de la dignité et la confidentialité ;
- La prescription ;
- Les conseils donnés à la gestante ;
- Plan d'accouchement ;
- Les rendez-vous ;

❖ **Résultat**

- L'opinion de la gestante sur la qualité des soins ;
- La compréhension des conseils donnés ;
- L'adhésion des gestantes au plan d'accouchement
- La satisfaction des gestantes ;

4.8. Collecte des données :

Les techniques utilisées ont été :

- L'entretien individuel ;
- L'observation directe ;
- L'exploitation documentaire (Registres de CPN, Fiches individuels, Bulletins d'analyse, Ordonnance...)
- Les données ont été recueillies sur koboCollect puis converties en fichier SPSS pour analyse.

4.9. Plan d'analyse des données :

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel : **IBM SPSS Statistics version 22.0**. Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes plus ou moins Ecart-type.

4.10. Système de classement :

Pour l'analyse de la qualité des consultations prénatales recentrées (CPNR), nous avons adopté le modèle d'évaluation de Donabedian, qui distingue trois dimensions fondamentales de la qualité des soins : la structure, le processus et les résultats.

La dimension structurelle a porté sur l'évaluation des ressources matérielles, humaines et organisationnelles disponibles dans l'unité de consultation prénatale (ex : disponibilité du matériel, qualification du personnel, accessibilité des médicaments, propreté des locaux).

La dimension processus a concerné l'observation du déroulement des soins lors des consultations, notamment le respect des procédures, la réalisation des gestes recommandés, la qualité de l'accueil, la confidentialité, et la communication avec les patientes.

La dimension résultats a évalué l'impact immédiat des soins sur les patientes, à travers des indicateurs comme la satisfaction, la compréhension des messages, l'adhésion au suivi prénatal et la planification de l'accouchement.

La dimension structurelle a été subdivisée en 03 sous-catégories afin de faciliter l'analyse :

1. Les ressources matérielles : évaluant la disponibilité et la fonctionnalité des équipements nécessaires à la consultation prénatale (tensiomètre, spéculum, mètre-ruban...)
2. Les ressources humaines : portant sur la qualification, la disponibilité et la formation du personnel impliqué dans les CPN
3. L'organisation et l'environnement : appréciant la propreté, les supports de suivi, la confidentialité...

Une cotation (0 ; 1) a été fait pour les critères identifiés ci-haut. Chaque référence composée de critère a été cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisée appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure, le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 10 paramètres est de 40.

Le détail sur les cotations est représenté sur le tableau XI en échelle d'évaluation et se présente comme suit :

NIVEAU IV : 95 à 100% de score maximum soit un score total de 38 à 40

NIVEAU III : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37, 99

NIVEAU II : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99

NIVEAU I : inf à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20.

Les indicateurs relatifs aux dimensions **procédure** et **Résultats** ont été exprimés en pourcentage de conformité, représentant la proportion des femmes ayant bénéficié d'un acte donné ou ayant exprimé une satisfaction et seront calculés selon la formule suivante :

$$\text{niveau_qualité} = \frac{\text{pourcentage obtenu}}{\text{pourcentage attendu}} * 100$$

Ces proportions ont ensuite été intégrées à l'échelle de classement de la qualité ci-dessous

Une échelle où les CPN sont classées en 4 niveaux de qualités :

NIVEAU IV : 75-100% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU III : 50-74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU II : 25-49,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU I : Moins de 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

Cette classification nous permettra de faire une synthèse interprétative par dimension, d'identifier les points forts du dispositif, ainsi que les domaines à améliorer.

4.11. Considérations éthiques et déontologiques :

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques de la recherche en santé.

Une autorisation administrative a été obtenue auprès des autorités compétentes, notamment :

- La direction du CS Réf de Ouelessebougou
- Les autorités sanitaires locales

La participation à l'étude était volontaire. Un consentement éclairé a été obtenu auprès des femmes enceintes et des prestataires avant leur inclusion.

Les participantes ont été informées :

- . de l'objectif de l'étude ;
- . du caractère strictement scientifique de la recherche ;
- . de l'absence de risque lié à leur participation ;
- . de leur droit de refuser ou de se retirer à tout moment sans conséquence sur leur prise en charge ;

L'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis.

RESULTATS

V. Résultats :

La présentation des résultats a été structurée en deux grandes sections afin de refléter à la fois les caractéristiques de la population étudiée et l'analyse de la qualité des soins selon le modèle de **DONABEDIAN**

5.1. Résultats généraux :

5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques :

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

Tranche d'Age	Effectif	Pourcentage
[16-20] ans	99	31,7
[21-25] ans	129	41,3
[26-30] ans	42	13,5
[31-35] ans	30	9,5
[36-40] ans	12	4,0
Total	312	100

La tranche d'âge de **[21-25] ans** était la plus représentée avec **41,3%** L'âge moyen était de **26,41 ans** ; et l'écart-type σ estimé à **5,4 ans**

Tableau II: Répartition des gestantes en fonction de leur niveau d'étude.

Niveau de scolarité	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	258	82,5
Primaire	25	7,9
Secondaire	12	4,0
Ecole coranique	17	5,6
Total	312	100

Dans notre étude **82,5% des femmes** n'étaient pas scolarisées

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de leur profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	285	91,3
Vendeuse	10	3,2
Coiffeuse	12	4,0
Fonctionnaire	5	1,6
Total	312	100

Tableau IV : Répartition des gestantes en fonction de leur état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	307	98,4
Célibataire	5	1,6
Total	312	100

Les femmes mariées représentaient 98,4% de notre échantillon

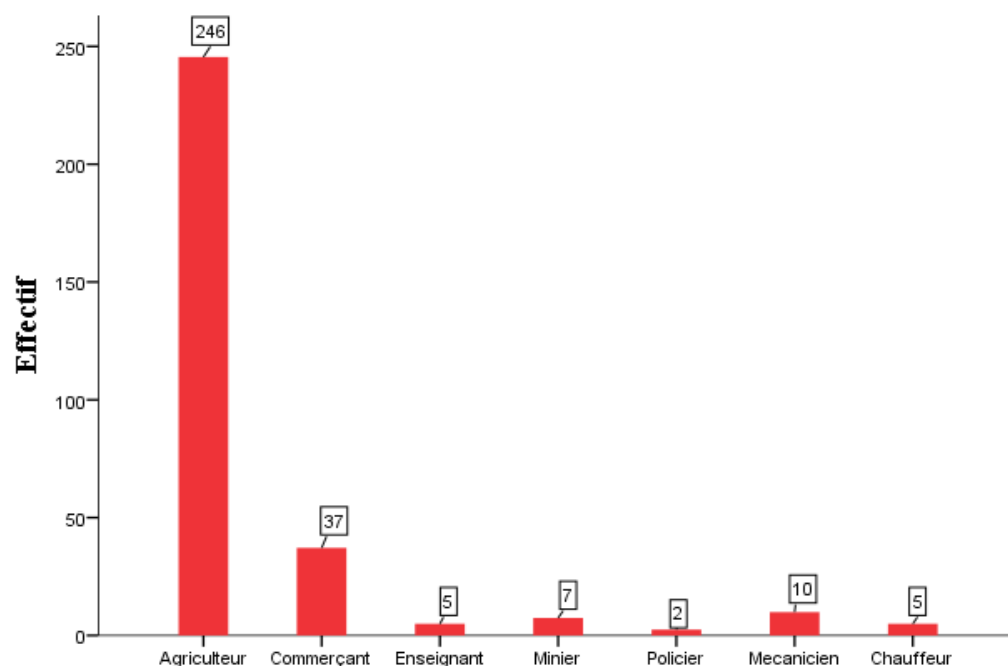


Figure 2 : Répartition des gestantes en fonction de la profession de leur mari

La fonction principale des maris de nos gestantes étaient l'agriculture

Tableau V: Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Moto	241	77,0
Voiture personnelle	5	1,6
Transport public	5	1,6
Pied	62	19,8
Total	312	100

La moto était le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre

5.1.2 Antécédents obstétricaux :

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction du nombre de grossesse

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage
Primigeste	40	12,7
Paucigeste	129	41,3
Multigeste	64	20,6
Grande multigeste	79	25,4
Total	312	100

Les pauci gestes ont représenté **41,3% de nos cas** avec une gravité moyenne de 3,9 grossesses et des extrémités de 1 à 11 grossesses

Tableau VII : Répartition des gestantes en fonction de leur Parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	40	12,7
Primipare	77	24,6
Paucipare	87	27,8
Multipare	57	18,3
Grande multipare	52	16,7
Total	312	100

Les pauci pares représentaient 27,8% avec une parité moyenne de 2,9 accouchements et des extrémités allant de 0 à 10 accouchements

5.1.3. Données de CPN :

Tableau VIII : Répartition des gestantes en fonction du trimestre de la 1^{ère} CPN

Période de première CPN	Effectif	Pourcentage
1er Trimestre	99	31,7
2e Trimestre	201	64,3
3e Trimestre	12	4,0
Total	312	100

Dans notre étude, **64,3% des femmes** ont réalisé leur première CPN au cours du **2^{ème} Trimestre**

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN réalisées	Effectif	Pourcentage
1 CPN	131	42,1
2 à 3 CPN	154	49,2
4 CPN	27	8,7
Total	312	100,0

Près de la moitié (49,2%) de nos gestantes ont réalisé 2 à 3 CPN avec 1,9 CPN réalisées en moyenne

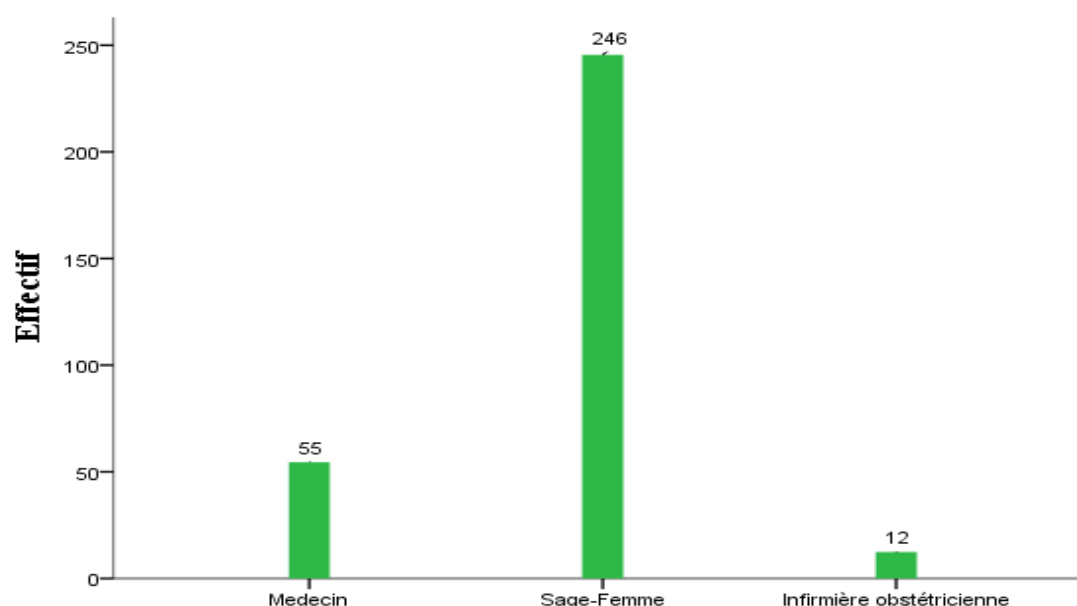


Figure 3 : Répartition des gestantes en fonction du prestataire de CPN.

Les résultats montrent que **78,8% des CPN** sont réalisées par les sages-femmes dans le CS Réf de Ouelessebouyou

Tableau X : Répartition des gestantes en fonction des plaintes évoquées

Plaintes évoquées	Effectif	Pourcentage
Aucune	159	50,8
Céphalées	45	14,3
Vertiges	37	11,9
Nausées	35	11,1
Autres*	17	5,6
Douleurs abdominales	20	6,3
Total	312	100

Autres* : Bourdonnement d'oreilles, Œdème des membres inférieurs, vision floue, fièvre

5.2. Résultats de l'évaluation :

5.2.1. Structure : Niveau de Qualité

Tableau XI: Niveau de qualité de la structure du CS Ref de Ouelessebougou

Paramètres	Niveau de qualité				SCORE	Observations
	A	B	C	D		
Norme architecturale	X				4	-Matériaux de construction adaptés -Etat du local, bon -Clôturé -Emplacement accessible
Dispositif d'accueil		X			3	-Existe -Personnel qualifié -Pancarte d'orientation
Unité de CPN	X				4	-Place d'attente satisfaisante -Bureau pour la sagefemme -Armoire pour dossiers -Table de consultation adaptée -Eclairage suffisant Existence de lavabo -Matériels techniques au complet Paravent d'isolation
Laboratoire d'analyse médicale	X				4	-Protection contre la poussière - Personnel qualifié -Faisabilité du bilan de CPN -Coût de l'opération abordable

**Evaluation de la qualité des consultations prénatales recentrées au centre de sante de référence de Ouelessebouyou
selon le modèle Donabedian**

						- Réfrigérateur disponible
Dépôt de médicaments	X				4	-Protection contre la poussière -Source d'approvisionnement fiable - Médicaments essentiels disponibles -Accessibilité du coût -Respect des normes de conservation
Toilettes	X				4	-Equipement moderne -Disponibilité d'eau - Propreté, assurée - Nombre suffisant
Système d'approvisionnement en eau	X				4	-Source d'eau potable disponible -Continuité du service -L'unité de CPN sert
Système d'élimination des déchets	X				4	-Poubelle disponible -Système de tri appliqué - Système de collecte appliqué -Personnel qualifié

**Evaluation de la qualité des consultations prénatales recentrées au centre de sante de référence de Ouelessebougou
selon le modèle Donabedian**

Système d'éclairage	X				4	- Existence de source d'électricité -Moyen de secours -Qualité de l'éclairage suffisante
Moyen de transport	X				4	Ambulance disponible
Total des points	39/40					

NB : A=4 ; B=3 ; C=2 ; D=1

X : désigne le niveau de qualité coché

Score maximal (SC.Max)=40 Niveau de qualité :

Niveau IV : 95-100% avec SC= de 38 à 40

Niveau III : 75-94% avec SC= de 30 à 37,99

Niveau II : 50 à 74% avec SC= de 20 à 29,99

Niveau I : moins de 50% avec SC inférieur à 20

Le CS Réf de Ouelessebougou est de **Niveau IV** en rapport avec la qualité des paramètres évalués **avec un score de 39 /40 (97,5%)**.

5.2.2. Procédures :

Tableau XII : Répartition selon les variables de l'accueil

Accueil	Effectif	Pourcentage
Saluer la patiente	312	100
Offrir un siège à la patiente	312	100
Demander son nom	256	82
Se présenter à la femme	127	40,7
La femme comprend la langue d'accueil	312	100
Appel à un interprète	0	0

Niveau-qualité d'accueil est conforme aux normes **dans 70,45% des cas** Le CS Réf de Ouelessebouougou est donc de **Niveau III**.

Tableau XIII : Observation du prestataire sur l'interrogatoire de la situation personnelle des gestantes.

Paramètres d'identification de la situation		
personnelle de la patiente	Effectif	Pourcentage
Age	312	100
Profession	312	100
Etat matrimonial	312	100
Niveau d'étude	312	100
Profession du Mari	295	94,4
Résidence	312	100

L'interrogatoire sur la situation personnelle de la patiente est conforme aux normes **dans 99,1% des cas**

Le CS Réf de Ouelessebouougou est donc de **Niveau IV**.

Tableau XIV : Observation du prestataire sur l’interrogatoire des ATCD médicaux des gestantes

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	103	33
DIABETE	56	17,9
ASTHME	17	5,4
DREPANOCYTOSE	264	84,6
TUBERCULOSE	12	3,8
IST/VIH	123	39,4
ANEMIE	34	10,9
INFECTION URINAIRE	304	97,4
CARDIOPATHIES	6	1,9

L’interrogatoire sur les ATCD médicaux dans le CS Réf de Ouelessebougou était conforme aux normes dans **49,3% des cas**. Le centre est donc de **Niveau II**.

Tableau XV : Observation du prestataire sur l'interrogatoire par rapport aux ATCD obstétricaux chez les gestantes.

Antécédents obstétricaux demandés	Effectif	Pourcentage
Nombre de grossesses	312	100
Nombre d'accouchements	312	100
Nombre d'avortements	312	100
Nombre de mort-nés	264	84,6
Nombre de naissances vivantes	312	100
Nombre d'enfants décédés	276	88,5
Age et cause de décès des enfants	33	10,6
Césarienne	58	18,6
Forceps et ventouse	28	8,9

Les résultats montrent que l'interrogatoire était fait à 100% sur le nombre de grossesses, le nombre d'accouchements, le nombre d'avortement et le nombre de naissances vivantes

L'interrogatoire sur les ATCD obstétricaux a été conduis conformément aux normes dans **68% des cas**

Le CS Réf est **de Niveau III**.

Tableau XVI: Observation de l'interrogatoire par rapport aux symptômes pouvant être associés à la grossesse actuelle.

Symptômes vérifiés	Effectif	Pourcentage
Fièvre	231	74
Céphalées	247	79,2
Vertiges	305	97,7
Perception des MAF	312	100
Bourdonnements d'oreille	23	7,4
Saignements vaginaux	6	1,9
Douleurs abdominales	32	10,2
Difficulté respiratoire	8	2,6
Vision floue	3	0,96
Perte des eaux	31	9,9

L'interrogatoire par rapport aux symptômes pouvant être associés à la grossesse actuelle était fait fréquemment sur les Douleurs abdominales, la perception des MAF et les vertiges
Les symptômes pouvant être associés à la grossesse actuelle répondaient aux normes dans **47,4% des cas.**

Tableau XVII: Répartition en fonction de la réalisation de l'examen physique.

Examen physique	Effectif	Pourcentage
Expliquer le déroulement de l'examen	237	75,9
Prendre le Poids	312	100
Mesurer la taille	270	84,6
Prendre la tension artérielle	312	100
Aider à monter sur la table	48	15,4
Examiner les conjonctives	312	100
Retirer le soutien-gorge	148	47,4
Examiner les Seins	148	47,4
Auscultation Cardiopulmonaire	43	13,8
Mesurer la HU	287	91,9
Ecouter les BDCF	263	84,3
Examiner la vulve	312	100
Toucher vaginal associé au palper abdominal	312	100
Examen au speculum	9	2,9
Sentir les liquides sur le gant	37	11,8
Examen du bassin au 9 ^{ème} mois	13	36,1
Examiner les membres inférieurs	298	95,5
Expliquer le résultat	143	45,8
Aider à descendre	26	8,9

Il y avait 36 gestantes qui étaient au 9^{ème} mois de la grossesse.

Les résultats montrent que la prise du poids, de la taille, de la TA et l'examen de l'abdomen, des conjonctives ainsi que le toucher vaginal étaient fait toujours à 100%

Mais une insuffisance dans la réalisation de certains gestes comme **l'examen du bassin au 9^{ème} mois 36,1% et l'examen au speculum 2,9%**

L'examen physique était conforme aux normes dans 62% des cas Le CS Réf de Ouelessebouyou est donc de **Niveau III**.

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

Respect de l'intimité	Effectif	Pourcentage
OUI	225	72,1
NON	87	27,9
Le respect de l'intimité n'était pas assuré dans 27,9% des cas		

Tableau XIX : Eléments du respect de l'intimité

Eléments d'intimités	Effectif	Pourcentage
Présence d'autres agents de santé	OUI (312)	100
Présence des accompagnants	NON (312)	100
Entrée-sorties injustifiées des agents	OUI (87)	27,9
	NON (225)	72,1

Le non-respect de l'intimité était observé du fait des entrées et sorties fréquentes des agents de santé **soit 29,7%**

Le respect de l'intimité était conforme aux normes dans 72,1% des cas au CS Réf de Ouelessebougu. Le centre est de **Niveau III**.

Tableau XX : Les examens complémentaires demandés selon les normes.

Examens complémentaires demandés	Effectif	Pourcentage
Groupage/Rhesus	312	100
Taux d'Hb	312	100
NFS	12	3,8
Antigène HBS	42	10,5
Test d'Emmel	3	0,96
BW	0	0,00
Electrophorèse de l'Hb	4	1,3
HIV	249	79,8
Echographie	312	100
Glycémie	312	100
Albumine-Sucre	312	100
Autres examens si besoin	97	31,1

Les résultats montrent que le groupage rhésus, le taux d'hémoglobine, la glycémie à jeun, l'albumine-sucre étaient toujours demandés à 100%.

Les examens complémentaires ont été demandés conformément aux normes dans **98,4% des cas** au CS Réf de Ouelesseboungou

Le centre est donc de **Niveau IV**.

Tableau XXI : Prescription de soins préventifs

Soins préventifs	Effectif	Pourcentage
SP	312	100
Fer-acide folique	312	100
Vaccin antitétanique	312	100
Moustiquaires imprégnées	232	74,3
Autres prescriptions*	139	44,5

Autres prescriptions* : antibiotiques, antalgiques, antipyrétiques, antispasmodiques, antipaludéens. La prescription des soins préventifs mis à part celle des moustiquaires imprégnées était réalisée selon les normes et procédures chez la majorité des patientes.

Les soins préventifs étaient donnés selon les normes **dans 93,6% des cas** Le centre est donc de **Niveau IV**.

Tableau XXII : Répartition en fonction des explications données sur la prescription des soins préventifs et leur intérêt.

Prescription expliquée	Effectif	Pourcentage
OUI	241	77,2
NON	71	22,8

Sur 312 gestantes qui avaient reçu une ordonnance, 241 soit 77,2% d'entre elles avaient bénéficié d'explications par rapport à la posologie, aux effets bénéfiques et secondaires des médicaments

Tableau XXIII : Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque notés.

Facteurs de risque notés	Effectif	Pourcentage
Age inf ou égal à 16	2	0,64
Primigeste âgée	6	1,92
Grande multipare	58	18,7
Dernier accouchement dystocique	7	2,24
Utérus cicatriciel	33	10,6
Antécédents mort-né	18	5,77
Taille inf à 150 cm	13	4,16
HTA	29	9,29
Poids inf à 45 Kg	0	0,00

La grande multiparité était le facteur de risque le plus notés (18,7%) dans notre étude suivie de l'utérus cicatriciel avec 10,6% des cas.

Tableau XXIV: Répartition des gestantes en fonction des conseils donnés.

Conseils donnés	Effectif	Pourcentage
OUI	298	95,5
NON	14	4,5

Les résultats montrent que 298 femmes de nos 312 cas ont reçu des conseils soit une proportion de 95,5% de notre échantillon.

Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction du type de conseils donnés.

Type de conseils	Effectif	Pourcentage
Sur l'alimentation	298	95,5
Sur le repos	298	95,5
Sur les signes de danger	203	65,1
Sur le Plan d'accouchement	118	37,8
Sur la planification familiale	89	28,5
Sur le respect des rendez-vous	264	84,6

Les conseils portaient surtout sur l'alimentation et le repos et dans 84,6% des cas sur le respect du rendez-vous

Cependant nous notons une insuffisance des conseils sur les signes de danger

65,1% et la planification familiale **28,5%**

Les conseils ont été donnés selon les normes **dans 68,1% des cas**

Le CS Réf de Ouelessebougou est donc **de Niveau III**

Tableau XXVI : Niveau de réalisation des composantes essentielles de la CPN recentrée

Composantes de la CPNR	Effectif	Pourcentage
TA mesurée	312	100
HU mesurée	287	91,9
BCF recherché	263	84,3
Taux d'Hb demandé	312	100
Groupe Rhesus demandé	312	100
Bandelette Urinaire	312	100
VAT administré	312	100
SP administré	312	100
FAF prescrit	312	100
Conseils sur les signes de dangers	203	65,1
Plan d'accouchement discuté	118	37,8
Conseil sur l'alimentation	298	95,5

Les composantes essentielles de la consultation prénatale recentrée ont été réalisées dans 89,5% des cas

Le CSRéf de Ouelessebougou est donc de **niveau IV**

5.2.3. Results :

Tableau XXVII: Répartition des gestantes en fonction de leurs opinions sur les CPN.

Opinion des gestantes sur les locaux	Effectif	Pourcentage
Nouveaux et Sales	30	9,5
Nouveaux et propres	283	90,5
Sur la qualité de l'accueil		
Elevée	227	72,7
Assez élevée	34	11,0
Moyenne	51	16,3
Sur l'attitude du praticien		
Respectueux	307	98,4
Ton aimable	312	100
Accueillant	312	100
Sur l'intérêt des CPN		
A aidé à diminuer la mortalité materno-foetale	305	97,8
N'a pas d'intérêt	7	2,2

Il ressort de notre étude que **9,5% de nos femmes** considèrent que les salles ne correspondent pas aux normes hygiéniques

La qualité de l'accueil est considérée comme élevée chez 72,7% de nos patientes

L'attitude du prestataire répond aux normes dans la majorité des cas

Les résultats montrent que **2,2 % de nos femmes** trouvent que la CPN n'a pas d'intérêt sur la diminution de la mortalité materno-foetale

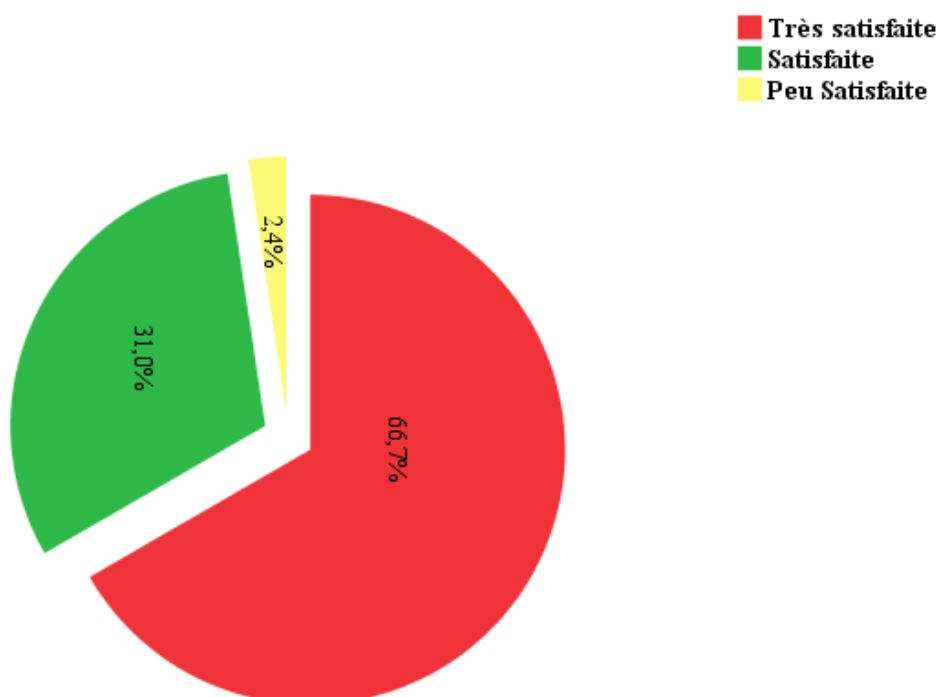


Figure 4 : Répartition des gestantes en fonction du niveau de satisfaction

Un taux de **97,7% des femmes ont été satisfaites de la prise en charge.**

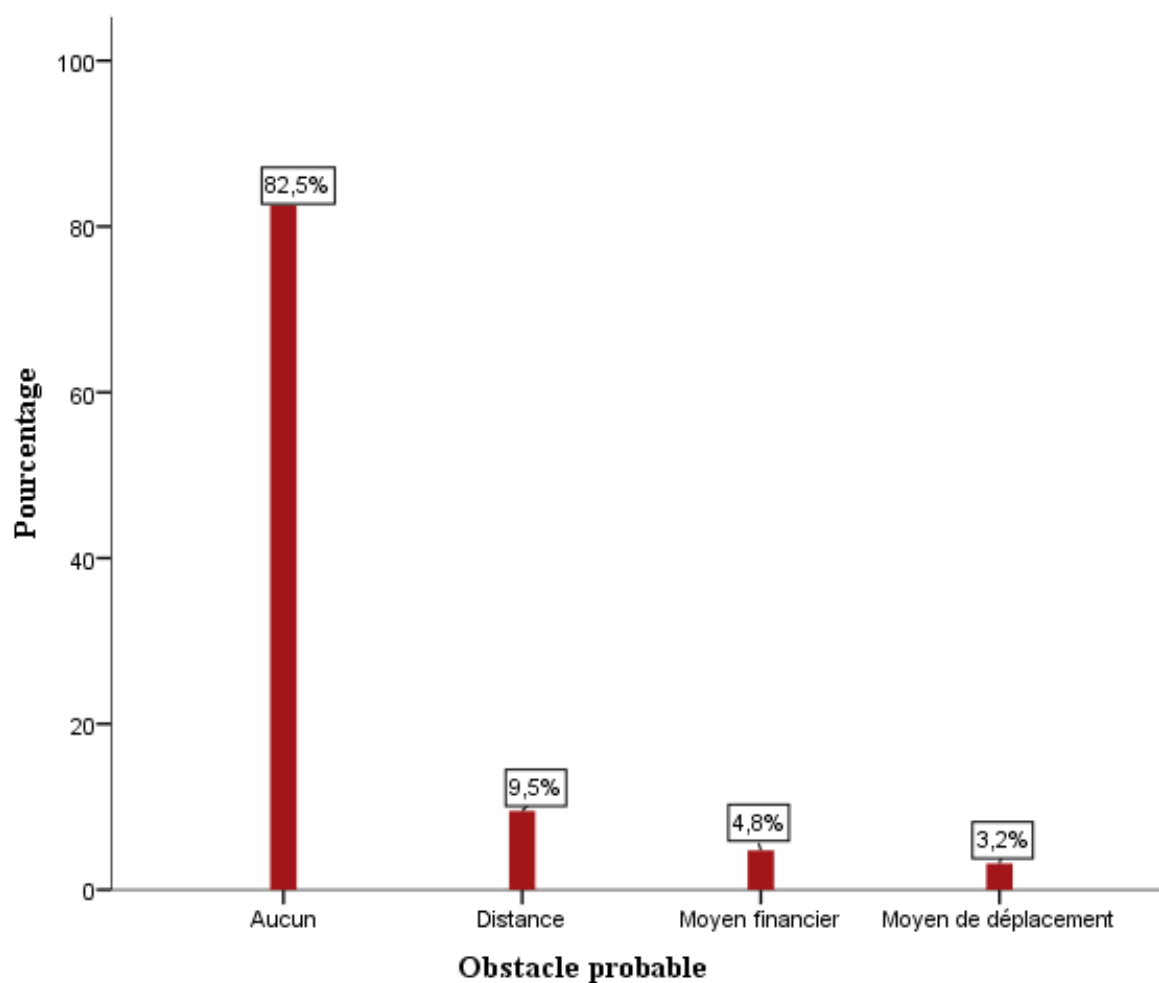


Figure 5 : Répartition des gestantes en fonction des potentiels obstacles pour le respect des rendez-vous

Notre étude démontre que **30 de nos 312 femmes** (9,5%) ont évoqué la distance comme potentiel obstacle au respect du rendez-vous

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion

6.1. Approche méthodologique :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de Ouelessebougou du 01 Janvier au 30 Septembre 2025 sur l'évaluation de la qualité de la CPN Recentrée. Elle a été faite selon le modèle de **DONABEDIAN A [20]** et a porté sur 312 gestantes.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré certaines difficultés qui étaient entre autres :

Le faible niveau de scolarisation de la majorité de nos gestantes : ainsi certaines d'entre elles avaient des difficultés à assimiler les informations données par les prestataires notamment en ce qui concerne l'importance du respect des rendez-vous et de la nécessité de réaliser le bilan prénatal.

Sur le plan organisationnel, nous avons noté l'inexistence d'une salle d'attente pour les femmes qui sont venues spécifiquement pour la CPN, l'étroitesse et l'encombrement de la salle de CPN

Le début des séances de CPN se faisait toujours en retard et la gestante était interrogée par plusieurs agents souvent de manière simultanée rendant perplexe cette dernière et difficile la collecte des données

6.2. Résultats généraux :

6.2.1 Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen de nos patientes était de 26,41 ans avec une prédominance de la tranche d'âge 21-25 ans (41,3 %). Nos résultats s'accordent avec la littérature malienne récente. En effet, **Sogoba K.[16]** en 2021 à Yirimadio a objectivé une prédominance marquée de la tranche de 20-29 ans (63,2 %), tandis que **Diarra Z.[27]** en 2020 à Bougouni et **Maïga M.Y.[28]** en 2020 à Nara rapportaient également des tranches d'âge dominantes chez les 20-24 ans (respectivement 34,1 % et 29,4 %). Cette homogénéité épidémiologique à travers le Mali reflète la précocité de l'activité génésique chez les femmes en âge de procréer au sein des communautés maliennes. La jeunesse de cette population constitue un atout pour la réceptivité aux messages de sensibilisation, mais impose une vigilance accrue des prestataires face aux risques liés aux grossesses précoces ou aux premières gestations

La très forte proportion de ménagères au sein de notre échantillon (91,3 %) corrobore les taux retrouvés par **Sogoba K. [16]** à Yirimadio et **Diarra Z. [27]** à Bougouni, qui signalaient des taux de ménagères de 86,1 % et 88,3 %. À l'inverse, en milieu purement urbain bamakoïse, **Dr Bamba O. [29]** rapportait un taux nettement inférieur de femmes au foyer (50,4 %). Notre zone d'étude étant semi-rurale, ce résultat s'explique par le faible niveau d'autonomisation financière et professionnelle des femmes de la localité. Cette dépendance économique vis-à-vis du

conjoint représente un facteur limitant crucial pour l'accès aux soins prénatals, la prise de décision thérapeutique et le financement des bilans biologiques ou des urgences obstétricales. Le niveau d'analphabétisme de notre population d'étude était particulièrement alarmant, avec 82,5 % de gestantes non scolarisées. Ce taux est supérieur à celui observé par **Diarra Z. [27]** à Bougouni (64,8 %) et **Sogoba K. [16]** à Yirimadio (54,4 %). L'écart est encore plus saisissant avec le milieu urbain de Bamako où **Dr Bamba O. [29]** a relevé un taux d'analphabétisme de seulement 34,5 %. La situation à Ouélessébougou met en évidence un profond déficit de scolarisation des filles en zone rurale. Comme l'a souligné l'OMS dans ses rapports sur les déterminants de la santé maternelle, le faible niveau d'instruction entrave directement la compréhension des signes de danger au cours de la grossesse et retarde la première consultation prénatale.

Dans notre étude, 64,3 % des gestantes ont débuté leur suivi prénatal tardivement, au cours du deuxième trimestre de la grossesse. Cette initiation tardive de la CPN est une constante au Mali, déjà mise en exergue par **Goïta M.N. [30]** à Koulouba, qui rapportait 56,1 % de CPN1 au deuxième trimestre. De même, **Dr Sékou A. Koné [31]** à Sikasso expliquait ce retard par une mauvaise perception du calendrier vaccinal et thérapeutique, la grossesse n'étant déclarée médicalement que lorsqu'elle devient visible. Ce démarrage tardif compromet l'efficacité de la CPN Recentrée, car il empêche le dépistage précoce des anomalies chromosomiques, l'initiation optimale de la prévention de l'anémie et l'administration à temps de la chimioprévention du paludisme (TPIg).

6.3. Résultats de l'évaluation :

6.3.1. Qualité des structures :

L'évaluation de la dimension structurelle de la maternité du CSRéf de Ouélessébougou a mis en évidence un excellent niveau de préparation globale avec un score de 97,5 %, attribuant au centre le Niveau IV de qualité. Ce résultat se détache positivement des conclusions de **Diarra Z. [27]** à Bougouni et de **Dr Dembélé B.B. [32]** à Sikasso, qui ont tous deux classé leurs structures respectives au Niveau III. L'accès à des intrants complets à Ouélessébougou s'explique par les récents appuis institutionnels et les projets de santé maternelle ciblant le district. Cependant, comme le souligne la théorie de Donabedian, la présence d'une excellente structure est une condition nécessaire mais non suffisante : elle n'aboutit à des soins de qualité que si les processus cliniques sont rigoureusement respectés par les prestataires.

6.3.2 Qualité de la CPN :

6.3.2.1. Qualité de l'accueil des patientes :

Si l'accueil global à la maternité a été classé au Niveau III avec 70,45 % de conformité, l'analyse fine révèle une carence majeure : les praticiens ne se présentaient formellement aux gestantes que dans 40% des cas. Ce déficit communicationnel altère la relation thérapeutique soignant-soigné. Dr Bamba O. [29] à Banconi a démontré que les ruptures de communication, combinées à un long temps d'attente, constituaient les premiers facteurs d'insatisfaction des usagers des services de CPN (seulement 43,7 % de satisfaction quant au circuit d'attente). De même, Dr Dembélé B.B. [32] à Sikasso imputait cette omission de la présentation de soi à la surcharge chronique des services de maternité, amenant le personnel à privilégier l'acte technique au détriment de l'approche humanisée des soins préconisée par la CPN Recentrée.

6.3.2.2. Informations recueillies lors de l'interrogatoire :

L'anamnèse et la recherche des antécédents médicaux n'ont été capitalisées que dans 49,3 % des observations au sein de notre structure. Ce score intermédiaire rejoint les constats de **Maïga M.Y. [28]** au CSRéf de Nara, qui déplorait une insuffisance majeure dans la collecte des antécédents médicaux (41,2 %) au profit des seuls antécédents obstétricaux. Plus préoccupant encore, la qualité de cet interrogatoire est biaisée par le manque d'intimité, matérialisé par des interrogatoires simultanés menés par différents agents dans un même espace. Comme l'a mis en exergue **Dr Dembélé B.B. [32]** à Sikasso, la promiscuité architecturale au cours de la CPN compromet le secret médical. Ce manque de confidentialité empêche l'instauration d'un climat de confiance, incitant certaines gestantes à dissimuler des antécédents pathologiques ou chirurgicaux lourds, ce qui limite considérablement le dépistage précoce des grossesses à haut risque (GHR).

6.3.2.3. Qualité de l'examen physique :

Si les gestes anthropométriques et de monitoring obstétrical de routine (poids, tension artérielle, mesure de la hauteur utérine) affichent d'excellents taux de réalisation (supérieurs à 90 %), l'examen gynécologique au spéculum demeure le maillon faible de notre pratique clinique avec un taux d'exécution marginal de 2,9 %. Cette omission quasi systématique est une problématique nationale récurrente. **Diarra Z. [27]** à **Bougouni** rapportait un taux de réalisation tout aussi faible (4,1 %). Cette carence s'explique d'une part par la surcharge de travail des prestataires qui réduisent l'examen aux actes jugés prioritaires, et d'autre part par les barrières socioculturelles. À cet égard, **Sogoba K. [16]** a bien démontré que la pudeur des gestantes et l'absence d'explications claires de la part des soignants conduisent à un refus passif de cet

examen invasif lorsqu'il n'y a pas de symptomatologie apparente (leucorrhées, métrorragies). Or, l'omission du spéculum expose au risque de non-dépistage des infections vaginales asymptomatiques et des lésions cervicales, sources de complications obstétricales majeures (rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré).

6.3.2.4. Demande des examens complémentaires :

Le taux de prescription des examens complémentaires requis par la CPN Recentrée (bilan biologique standard et échographie) est particulièrement élevé dans notre étude (supérieur à 85 %), témoignant d'une bonne appropriation théorique des directives nationales par les prestataires de Ouélessébougou. **Il convient toutefois de souligner une limite méthodologique importante de notre travail : notre protocole d'enquête s'est focalisé sur l'observation de la prescription médicale, sans vérifier la réalisation effective de ces examens par les gestantes au laboratoire.** Les données de la littérature malienne incitent à la prudence quant au taux de complétude réel. En effet, **Maïga M.Y. [28]** à Nara mettait en évidence un décalage majeur entre la prescription médicale et la réalisation biologique réelle, imputable à l'indigence des ménages et à l'éloignement des laboratoires. Bien que **Dr Bamba O. [29]** rapportait en milieu urbain à Bamako que 55,3 % des patientes jugeaient le coût des analyses supportable, la réalité financière en zone semi-rurale demeure un obstacle majeur. Si une forte proportion de nos ordonnances comporte les examens obligatoires (VIH, Syphilis, Albuminurie, Échographie), le coût direct des prestations de laboratoire non subventionnées peut constituer un goulot d'étranglement, privant la femme d'un diagnostic précoce indispensable.

6.3.2.5. Soins préventifs :

La mise en œuvre des protocoles prophylactiques nationaux constitue l'un des points ancrés les plus solides de notre structure, avec un taux de dispensation de la supplémentation en Fer-Acide Folique et d'administration du Traitement Préventif Intermittent du paludisme (TPIg-SP) atteignant des niveaux optimaux. Cette performance s'aligne sur les tendances nationales récentes. **Sogoba K. [16]** à Yirimadio mettait déjà en relief l'efficacité des circuits de délivrance des intrants de santé maternelle avec un taux de couverture de 88,7 %. Cette réussite est le fruit de la gratuité effective de ces médicaments et de l'appui constant des partenaires techniques et financiers au système sanitaire malien. Cependant, comme le souligne judicieusement **Dr Dembélé B.B. [32]** à Sikasso, la gratuité et la remise des comprimés à la maternité ne garantissent pas leur consommation effective à domicile. Les effets indésirables digestifs (nausées, constipations), s'ils ne sont pas anticipés et expliqués lors de la consultation, induisent

une mauvaise observance thérapeutique que seule une communication soignant-soigné de qualité peut juguler.

Les explications sur la prescription étaient données dans 95,5% des cas.

6.3.2.6. La qualification de personnel ayant effectué la CPN :

Les consultations prénatales au sein du CSRéf de Ouélessébougou sont globalement conduites par du personnel qualifié (Sages-femmes et Infirmières Obstétriciennes), garantissant la conformité de la composante structurelle de notre évaluation. Cette situation est superposable à celle décrite par **Diarra Z. [27]** au CSRéf de Bougouni, où les compétences théoriques initiales des agents répondaient aux exigences du Ministère de la Santé. Cependant, la qualification formelle ne suffit pas à garantir l'excellence des pratiques cliniques. Comme l'a discuté **Dr Dembélé B.B. [32]** à Sikasso, le déficit de formations continues centrées sur les approches humanisées et les nouvelles directives de l'OMS (notamment le passage aux 8 contacts) induit une routine professionnelle délétère. De surcroît, les observations terrain révèlent que lors des pics d'affluence, le personnel qualifié délègue de manière informelle des pans entiers de la consultation (interrogatoire, prise des constantes) à des stagiaires ou des matrones non supervisés, ce qui dégrade la qualité technique globale du processus de soin.

6.3.2.7. La qualité du respect du malade :

Sur le plan de l'intimité, nous avons trouvé 72,1%, donc le centre est classé de Niveau III pour ce volet.

Mais déplorons également une violation de l'intimité des gestantes par des entrées et sorties injustifiées **dans 27,9% des cas**

Ce résultat est loin de ceux de **Djongo A A [33]** et **Wokden J S [34]** qui avaient trouvé que l'intimité des gestantes était respectée dans 100% des cas.

6.3.2.8. La qualité de la relation humaine :

La qualité de la relation humaine était élevée dans **99,5% des cas** donc le centre était de **Niveau IV**, ce taux est supérieur à celui de **Coulibaly O T [35]** qui avait trouvé que la qualité de la relation humaine était élevée dans 97,91% des cas.

6.3.2.9. La qualité des conseils :

L'administration des conseils relatifs aux signes de danger au cours de la gestation est demeurée insuffisante dans notre étude, avec seulement 65,1 % de conformité. Ce déficit dans le volet éducationnel de la CPNR est documenté de manière constante dans la littérature malienne. **Dr Sékou A. Koné [31]** à Sanoubougou II a démontré que 56,3 % des gestantes présentaient des

connaissances lacunaires concernant les signes d'alerte majeurs (métrorragies, œdèmes des membres inférieurs, dyspnée), faute de counseling structuré lors des visites. **Goïta M.N. [30]** incriminait la charge de travail, qui pousse le personnel à abrégé le temps d'échange verbal pour rationaliser le temps de consultation. Dans notre contexte, où 82,5 % des femmes sont non scolarisées, l'absence de supports de communication iconographiques adaptés (boîtes à images) et la brièveté des explications verbales réduisent à néant l'objectif de la CPN Recentrée, qui vise à rendre la femme actrice de sa propre sécurité obstétricale en l'amenant à consulter rapidement face à un signe de décompensation.

6.4. Opinion et satisfaction des usagères de la CPNR :

Notre étude fait ressortir un taux de satisfaction globale particulièrement encourageant de 97,7 % parmi les gestantes interrogées. Ce résultat concorde avec les conclusions de Sogoba K.[16] à Yirimadio, qui constatait 91,5 % de satisfaction des patientes face à la bienveillance des agents de santé. Cependant, ce haut niveau de satisfaction doit être interprété avec prudence en zone rurale. Comme l'a discuté **Dr Bamba O. (29)**, les patientes ayant un faible niveau d'instruction ont tendance à manifester une "tolérance passive" ou un biais de courtoisie envers les structures médicales, estimant que l'accès même au soin, quelle que soit sa qualité technique réelle, est déjà un privilège. L'exigence de qualité doit donc reposer sur l'évaluation objective de nos grilles d'observation clinique plutôt que sur le seul ressenti des patientes.

6.5. Résultat du classement :

L'application du modèle d'évaluation de Donabedian à la dimension structurelle de la maternité du CSRéf de Ouélessébougou a mis en évidence un excellent score de conformité de 97,5 %, attribuant à l'établissement le Niveau IV de qualité. Ce résultat traduit une parfaite préparation de la structure en termes d'infrastructures, de ressources humaines qualifiées et de disponibilité constante des intrants essentiels (médicaments de routine, Fer-Acide Folique, Sulfadoxine-Pyriméthamine).

Ce classement se détache de manière très positive des données récentes de la littérature malienne. En effet, **Diarra Z. [16]** au CSRéf de Bougouni et **Dr Dembélé B.B. [32]** au CSCom-U de Sanoubougou II à Sikasso ont tous deux classé leurs dimensions structurelles au Niveau III de qualité, en raison de ruptures fréquentes en consommables médicaux et de déficits récurrents en réactifs de laboratoire. La performance de Ouélessébougou s'explique par les appuis institutionnels ciblés et une chaîne d'approvisionnement locale fonctionnelle.

Néanmoins, un paradoxe fondamental doit être soulevé et discuté selon l'approche conceptuelle d'Avedis Donabedian. Bien que notre structure soit classée au Niveau IV, les scores des

processus cliniques demeurent intermédiaires ou insuffisants, illustrés par les faiblesses flagrantes observées lors de l'interrogatoire médical (49,3 % de réalisation) ou de l'examen au spéculum (2,9 % d'exécution). Ce décalage démontre qu'une excellente notation de la structure (intrants disponibles) n'aboutit pas automatiquement à une haute qualité technique du processus de soin. La routine professionnelle, la surcharge de travail et le manque de supervisions formatives régulières transforment parfois la disponibilité des ressources en un acte purement mécanique, au détriment de la rigueur clinique exigée par les normes de la CPN Recentrée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion et Recommandations

7.1. Conclusion :

Cette évaluation transversale, adossée au modèle d'Avedis Donabedian, met en évidence une divergence paradoxale au sein du CSRéf de Ouélessébougou. Si la dimension structurelle présente une conformité remarquable (97,5 %) et des taux de prescription satisfaisants, la composante processuelle souffre de lacunes cliniques critiques, notamment dans la réalisation des examens physiques et le counseling des gestantes. Néanmoins, l'acceptabilité du service demeure élevée, affichant un taux de satisfaction des usagères de 97,7 %. L'amélioration de la qualité des soins ne dépend donc plus du renforcement des intrants matériels, mais requiert une réorientation stratégique vers la formation continue, la standardisation des pratiques cliniques et la mise en œuvre de supervisions formatives régulières.

7.2. Recommandations :

Au Ministère de la Santé et du Développement Social :

1. **Pérenniser et sécuriser l'approvisionnement** gratuit des intrants de la CPN Recentrée (Fer-Acide Folique, kits de Sulfadoxine-Pyriméthamine et tests de dépistage rapide) pour maintenir l'excellent score structurel des districts sanitaires.
2. **Financer des programmes de formation continue** harmonisés sur les nouvelles directives de l'OMS (modèle des 8 contacts) à l'intention du personnel de terrain

Aux Autorités Politiques et Administratives de la Commune de Ouélessébougou :

1. **Investir dans l'aménagement architectural** des maternités afin de garantir des salles de consultation individuelles respectant l'intimité et le secret médical au cours de l'interrogatoire.
2. **Soutenir des campagnes communautaires d'alphabétisation** et de sensibilisation des femmes, en partenariat avec les leaders locaux, pour encourager une première consultation prénatale (CPN1) précoce dès le premier trimestre.

Au Médecin Chef du District Sanitaire (CSRéf) de Ouélessébougou :

1. **Instaurer un mécanisme d'audit clinique régulier** et de supervision formative des processus de soins pour corriger les faiblesses techniques persistantes
2. **Interdire la délégation informelle et non supervisée** des tâches cliniques clés (interrogatoire, examen physique) aux stagiaires ou aux matrones lors des pics d'affluence.
3. **Mettre à la disposition des prestataires des supports de communication iconographiques adaptés** (boîtes à images en langues locales) pour structurer et systématiser le counseling sur les signes de danger au cours de la grossesse.

 Au Personnel Prestataire de la Maternité :

1. **Respecter scrupuleusement les protocoles techniques** de la CPNR, notamment la complétude de la recherche des antécédents médicaux et l'exécution de l'examen gynécologique au spéculum devant toute nouvelle gestante.
2. **Améliorer la relation soignant-soigné** en systématisant la salutation personnalisée, la présentation formelle de l'identité du praticien et la délivrance d'une information claire pour obtenir l'observance thérapeutique de la femme.

 Aux Gestantes (Usagères des services de CPN) :

1. **Initier précocement la première consultation prénatale (CPN1)** dès le premier trimestre de la grossesse, afin de permettre un dépistage initial optimal, une datation précise de la grossesse et une planification efficace des contacts requis.
2. **Veiller à la réalisation effective et rapide de l'intégralité du bilan biologique et l'échographie**
3. **Respecter scrupuleusement l'observance des traitements prophylactiques**
4. **S'informer activement et mémoriser les signes de danger** au cours de la grossesse et consulter en urgence au CSRéf sans attendre le prochain rendez-vous planifié

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. Références :

1. **Organisation mondiale de la Santé.** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : OMS ; 2017
2. **SARRO F.** Évaluation de la qualité de la consultation prénatale recentrée au centre de santé communautaire de Yirimadjo [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2023. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
3. **WHO.** Training Module Prenatal Care for Providers. OMS 2014
4. **WHO Antenatal Care Randomized Trial:** Manual for Implementation of the New Model.
5. **Organisation mondiale de la Santé,** Statistiques sanitaires mondiales 2014 OMS. Genève : OMS 2014
6. **Organisation mondiale de la Santé, Région africaine.** Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022 : analyse de la situation sanitaire de la Région africaine.
7. **Institut National de la Statistique (INS),** Cellule de planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali.
8. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.** Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023. Bamako : MSHP ; 2014
9. **Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al.** High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252.
10. **Jiwani S, Amaari S, Amouzou A, Arsenault C.** Quality of antenatal care in 20 low- and middle-income countries: a reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH) perspective. J Glob Health. 2020 ;10(2) : 020501.
11. **Institut National de la Statistique (INSTAT), CPS/Santé, Direction Nationale de la Santé, ICF.** Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA ; 2019.
12. **Beye S, Traoré MS, Diarra S, et al.** Évaluation de la qualité de la consultation prénatale recentrée dans les centres de santé de référence de Bamako. Revue Malienne de Science et de Technologie. 2021; 24:12-25.
13. **Ministère de la Santé.** Politiques, Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Bamako : Ministère de la Santé ; 2013.
14. **Pruval A, Touré A, Huguet D, Laurent Y.** The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger. Health Policy Plan. 2000;15:11-6.

15. **Olufemi T, Oladapo L, Christianah A, Iyani W, Adewale OS.** Quality of Antenatal Services at the Primary Care. Afr J Reprod Health. 2008;12:71-92.
16. **SOGOBA K.** Évaluation de la qualité de la consultation prénatale des femmes suivies par les agents de santé communautaire (ASC) dans l'aire de santé de Yirimadio, Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2021. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
17. **KASSAMBARA Y.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales à l'Hôpital Fousseyni DAO de Kayes [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
18. **World Health Organization.** WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva : WHO ; 2018
19. **COULIBALY A.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé de Référence de Sélingué [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ;2023 . Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>.
20. **Donabedian A.** Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966
21. **Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C.** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris : Flammarion, Médecines sciences,1995
22. **Lee RI, Jones LW.** The concept of good medical care. Salud Publica de México. 1990
23. **Donabedian A.** The Definition of Quality and Approaches to its Assessment
Ann Arbor (MI) : Health Administration Press ; 1980
24. **Klein MW,et Al.** Problems of Measuring Patient Care in the Out-Patient Department. Journal of Health and Human Behavior. 1961
25. **McDermott W, Deuschle K, Adair J, Fulmer H, Loughlin B.** Introducing modern medecine in a Navajo community. Science. 1960
26. **Donabedian A.** The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor (MI) : Health Administration Press ; 1982
27. **DIARRA Z.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales selon le modèle de Donabedian au niveau du CS Réf de Bougouni [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2020. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>

- 28. MAÏGA M Y.** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le Centre de Santé de Référence de Nara en 2018 [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2020. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 29. BAMBA O.** Evaluation de la satisfaction des clientes a la consultation prénatale au Centre de Santé Communautaire-Universitaire de Banconi du 1er au 31 Décembre 2020 [Mémoire de DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2021. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 30. GOÏTA M N.** Evaluation de l'utilisation de service en CPN dans le Cskom de Koulouba [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2019. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 31. KONE S A.** Connaissances, attitudes et opinions des femmes enceintes par rapport à la consultation prénatale au Centre de Santé Communautaire-Universitaire (CSCoM-U) de Sanoubougou II [Mémoire de DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2021
- 32. DEMBELE B B.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au CSCoM-U de Sanoubougou-II Sikasso, Mali [Mémoire de DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2021. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 33. DJONGO A A.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé de Référence (CS Réf) de Mopti [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2023. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 34. WOKDEN J S.** Évaluation de la conformité aux normes de l'accueil lors des consultations prénatales dans le district sanitaire de la CIII de Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2021. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>
- 35. COULIBALY O T.** Évaluation de la qualité de l'accueil et des soins prénatals au CS Réf de la CI de Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, USTTB ; 2020. Disponible sur : <http://www.bibliosante.ml>

ANNEXES

IX. Annexes :

FICHE D'ENQUÊTE

N°de Fiche :

N°de dossier ou Carnet de CPN :

Date d'observation :

I. CARACTERISTIQUES DE LA GESTANTE :

1. Nom : 2. Prénom : 3. Age :

4. Ethnie : 5. Profession :

6. Niveau d'étude : Non scolarisée ☐ Primaire ☐ Secondaire

☐ Supérieur ☐ Ecole Coranique ☐

7. Etat matrimonial : Célibataire ☐ Mariée ☐

Divorcée ☐ Veuve ☐

8. Si mariée, quel régime matrimonial ? Monogamie ☐ Polygamie ☐

9. Profession du mari :

10. Résidence :

11. Distance parcourue pour se rendre à la CPN : Km

12. Moyen de transport utilisé pour se rendre à la CPN :

Transport public ☐ Voiture personnelle ☐ Moto ☐

A Pied ☐

13. La gestante est-elle identifiée comme appartenant à un groupe à risque Oui ☐
Non ☐

14. Si Oui, quels sont les facteurs de risque identifiés ?

☐ 1 : âge inf. à 16 ans ☐ 2 : Primipare âge (30 ans ou plus) ☐ 3 : Grande multipare (sup. ou égal à 6 Accouchements), ☐ 4 : Dernier accouchement dystocique ☐ 5 : Antécédent mort-né ☐ 6 : Taille inf. à 150 cm ☐ 7 : HTA ☐

8 : Poids inf. à 45 kg ☐ 9 : Autre

15. Nombre de CPN réalisées au cours de cette grossesse :

II. CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE QUI PREND EN CHARGE LA GESTANTE:

16. Qualification du prestataire:

☐ 1 : médecin ☐ 2 : sage-femme ☐ 3 : matrone

☐ 4 : infirmière obstétricienne ☐ 5 : Autre

17. Expérience de l'agent:

18. L'agent a-t-il suivi une formation continue sur la CPNr ces 12 derniers mois ? ☐ 1 :

oui ☐ 2 : non

III. ACCUEIL:

19. Les gestantes avaient-elles une salle d'attente bien équipée?

☐ 1 : oui ☐ 2 : non

20. Quel système est mis en place pour respecter l'ordre d'arrivée?

21. Langue de communication durant la CPN:

22. La consultante comprenait-elle la langue? ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

22a. Si non, a-t-elle fait appel à un interprète? ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

23. Salutation conforme aux convenances sociales? ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

24. La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir? ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

25. Demande du carnet de la grossesse précédente

☐ 1 : oui, présent ☐ 2 : oui, absent ☐ 3 : non

26. Remplissage du carnet

Nom et Prénom de la patiente: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Age de la patiente: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Résidence de la patiente: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Profession de la patiente: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Contact de la patiente: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Niveau d'instruction: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

Information sur le conjoint, si mariée: ☐ 1 : oui ☐ 2 : non

IV. INTERROGATOIRE:

1. ANTECEDENTS:

1.1. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX:

27. Nombre de Grossesse:

28. Nombre d'accouchements:

29. Nombre d'avortement:

30. Nombre de mort-né:

31. Nombre de naissances vivantes:

32. Nombre d'enfants décédés:

32a. A quel âge et dans quel contexte sont survenus les décès suscités?

33. Antécédents d'accouchement dystocique (Ventouse, Forceps, Episiotomie)? ☐1 : oui

☐2 : non

1.2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX:

34. Césarienne: ☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, combien?

Indications:

1.3. ANTECEDENTS MEDICAUX:

HTA : ☐ 1 : oui ☐2 : non ☐ : inconnu

Diabète : ☐ 1 : oui ☐2 : non ☐ : inconnu

Affection cardiaque : ☐1 : oui ☐2 : non ☐ : inconnu

Drépanocytose : ☐1 : oui ☐2 : non ☐ : inconnu

Si autre, précisé :

2. HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE:

36. A-t-on demandé la date des dernières règles? ☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, la gestante connaît-elle sa DDR? ☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, quelle est la date des dernières règles?

37. Quelle est la DPA et comment a-t-elle calculée?

38. La grossesse a-t-elle été classée comme grossesse à risque?

☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, Quels sont les facteurs de risques identifiés?

Utérus cicatriciel ☐ HTA ☐ Rhésus négatif ☐

Drépanocytose ☐ Béance cervicoisthmique ☐ Utérus

polymyomateux ☐ Grande multipare ☐ Age inférieur à 16 ans ☐

Dernier accouchement dystocique ☐

Dernier accouchement mort-né ☐

39. La patiente a-t-elle été référée vers un spécialiste sur base d'un des facteurs?

☐1 : oui ☐2 : non

40. A-t-on vérifié si la patiente a récemment éprouvé des signes de danger? ☐1

: oui ☐2 : non

Si oui, quels signes ont été identifiés?

Saignements vaginaux ☐ Leucorrhées anormales ☐ Convulsions/perte de conscience ☐

Maux de tête prononcés, vision trouble, vertige, bourdonnement d'oreilles ☐

Douleurs abdominales et/ou pelviennes intenses ☐

Respiration rapide ou difficile ☐

Rupture prématurée des membranes ☐ Autre à préciser

41. Les informations recueillies ont-elles été notées dans le carnet?

☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, Par le prestataire ☐ Par un autre agent ☐

V. EXAMEN PHYSIQUE:

1. EXAMEN GENERAL:

42. A-t-on expliqué à la cliente le déroulement de l'examen?

☐1 : oui ☐2 : non

43. A-t-on demandé à la patiente de se déshabiller(en privé)?

☐1 : oui ☐2 : non

44. Mesure de la taille : ☐1 : oui ☐2 : non

45. Prise du poids : ☐1 : oui ☐2 : non

46. Prise de la tension artérielle : ☐1 : oui ☐2 : non

47. Se laver les mains et sécher avec un linge propre : ☐1: oui ☐2:non

48. Aidé la femme à monter sur la table d'examen : ☐1 : oui ☐2 : non

49. Examen des conjonctives : ☐1 : oui ☐2 : non

50. Le soutien-gorge a été enlevé : ☐1 : oui ☐2 : non

51. Examen des seins : ☐1 : oui ☐2 : non

52. Auscultation Cardiaque : ☐1 : oui ☐2 : non

53. Auscultation pulmonaire : ☐1 : oui ☐2 : non

54. Examen des membres inférieurs : ☐1 : oui ☐2 : non

55. Expliqué les résultats de l'examen à la femme et la rassuré :

☐1 : oui ☐2 : non

2. EXAMEN OBSTETRICAL:

56. A-t-on expliqué à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical?

☐1 : oui ☐2 : non

57. La patiente a été mise en position gynécologique? ☐1:oui ☐2:non

58. Inspection de l'abdomen et du pelvis : ☐1 : oui ☐2 : non

59. Mesure de la hauteur utérine : ☐1 : oui ☐2 : non

60. Bruit du Cœur Fœtal ausculté? ☐1 : oui ☐2 : non

61. Examen au Speculum : ☐1 : oui ☐2 : non

62. Frottis Vaginal effectué? ☐1 : oui ☐2 : non

63. Prélèvement des sécrétions vaginales effectué? ☐1 : oui ☐2 : non

64. Toucher vaginal associé au palper abdominal effectué :

☐1:oui ☐2:non

65. Examen du bassin au 8/9e mois : ☐1 : oui ☐2 : non

66. Examiner et sentir les pertes sur les gants : ☐1 : oui ☐2 : non

67. Aidé la femme à descendre? ☐1 : oui ☐2 : non

68. Autre geste :

69. Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer

☐1 : oui ☐2 : non

70. Examen était à l'abri des regards : ☐1 : oui ☐2 : non

71. L'éclairage était suffisant? ☐1 : oui ☐2 : non

72. Il y'avait d'autres personnes durant l'examen : ☐1 : oui ☐2 : non

Si Oui, Des agents de santé☐ Des accompagnants☐ 73. Il y'avait des entrées et sorties injustifiées : ☐1 : oui ☐2 : non

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

74. A-t-on demandé des examens complémentaires? ☐ 1:oui ☐ 2 : non

Si Oui, lesquels : Groupage/Rhésus ☐ AgHbs ☐ Sero-Toxo ☐ Electrophorèse de l'Hb

☐ BW ☐ Albumine/sucre dans les urines ☐ Test VIH après counseling ☐

Echographie ☐

Autre ☐

VII. PRESCRIPTION DES SOINS PREVENTIFS:

75. La gestante a été vaccinée contre le tétanos : ☐ 1:oui ☐ 2 : non

76. PTME VIH faite chez les gestantes séropositives : ☐ 1:oui ☐ 2 :non

77. La gestante a reçu la Sulfadoxine /Pyriméthamine SP :

☐ 1:oui ☐ 2 : non

78. La gestante a reçu le Fer/acide folique : ☐ 1:oui ☐ 2 : non

79. La gestante a reçu un déparasitant (Albendazole) : ☐ 1:oui ☐ 2 :non

80. Prescription d'un traitement curatif si nécessaire? ☐ 1:oui ☐ 2 :non

VIII. CONSEILS :

81. La patiente a-t-elle reçu des conseils sur l'hygiène alimentaire et de vie? ☐

1:oui ☐ 2 : non

82. A-t-on planifié l'accouchement avec la gestante? ☐ 1:oui ☐ 2 : non

83. L'a-t-on renseigné sur les signes de travail et de danger?

☐ 1: oui ☐ 2 : non

84. Si Oui, lui a-t-on dit quoi faire devant ces signes? ☐ 1: oui ☐ 2 :non

85. Le prochain rendez-vous a été donné : ☐ 1: oui ☐ 2 : non

86. On a expliqué à la femme la nécessité de faire 4 consultations et 8 contacts

: ☐ 1: oui ☐ 2 : non

87. On a donné le rendez-vous pour les séances des écoles des mères :

☐ 1: oui ☐ 2 : non

88. La femme a été remerciée et raccompagnée : ☐ 1: oui ☐ 2 : non

IX. OPINION DE LA GESTANTE SUR LA CPN:

89. Sur les locaux de la CPN : Vieux et Sales Vieux et Propres
 Nouveaux et Sales Nouveaux et Propres

90. Sur l'attitude du praticien :

Accueillant ☐ Respectueux ☐ Ton aimable ☐

Autre ☐ :

91. Êtes-vous satisfaites de la qualité des soins reçus?

Très satisfaite ☐ Satisfaite ☐

Peu satisfaite ☐ Insatisfaite ☐

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Mohamed

Titre : EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES RECENTREES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU SELON LE MODEL DONABEDIAN

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieux de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, d'odontologie et stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Obstétrique.

RÉSUMÉ :

Introduction : La consultation prénatale constitue une intervention essentielle de la santé maternelle, permettant de dépister précocement les complications et de promouvoir des comportements favorables à une grossesse sans risques. Cette étude vise à évaluer la qualité des consultations prénatales recentrées (CPNR) au Centre de Santé de Référence de Ouelessebouguou selon le modèle de Donabedian.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée auprès des gestantes reçues en CPN, complétée par une observation directe des prestations et un entretien à l'aide d'un questionnaire structuré. L'évaluation a porté sur trois dimensions : les ressources structurelles, le processus de prestation des soins et les résultats immédiats.

Résultats : La qualité structurelle a été jugée élevée grâce à la disponibilité du personnel qualifié, du matériel essentiel et de l'environnement favorable. Le processus a montré une bonne qualité relationnelle et informative, mais des insuffisances dans la réalisation de certains gestes techniques tels que l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen au spéculum et l'éducation en planification familiale. Au total, 80,1 % des gestantes ont bénéficié d'une CPNR de qualité élevée. Les femmes interrogées ont exprimé une satisfaction générale vis-à-vis de l'accueil, de la communication et de la prise en charge.

Conclusion : En conclusion, bien que la qualité globale des CPNR soit satisfaisante, des efforts restent nécessaires pour renforcer la réalisation systématique de certains actes techniques et améliorer la conformité aux normes nationales et internationales.

Mots-clés : Consultation prénatale recentrée, Qualité des soins, Donabedian, Obstétrique, Ouelessebouyou.

ABSTRACT:

Introduction: Antenatal care is a key maternal health intervention aimed at early detection of complications and promotion of healthy pregnancy behaviors. This study assessed the quality of Focused Antenatal Care (FANC) at the Referral

Health Center of Ouelessebouyou using Donabedian's quality assessment model.

Material and Method: A descriptive cross-sectional study was conducted among pregnant women attending antenatal care, combining direct observation of clinical practices with structured interviews. The evaluation focused on three dimensions: structural resources, the care delivery process, and immediate outcomes.

Results: Structural quality was rated high due to the availability of trained staff, essential equipment, and an adequate working environment. The process dimension showed good interpersonal and informational quality, but several technical procedures—such as cardiopulmonary auscultation, speculum examination, and family planning counseling—were insufficiently performed. Overall, 80.1% of women received high-quality FANC. Most women expressed satisfaction with the reception, communication, and overall care.

Conclusion: In conclusion, although the overall quality of antenatal care is satisfactory, efforts are needed to strengthen the systematic performance of key clinical procedures and improve adherence to national and international standards.

Keywords: Focused Antenatal Care, Quality of care, Donabedian model, Maternal health, Ouelessebouyou.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette faculté, et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure!!!