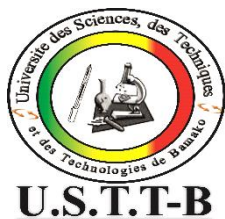


**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° _____ /Med

TITRE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE
LA CPN RECENTREE DANS LES
CENTRES DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE
BAMAKO**

*Présentée et soutenue publiquement le 06/02/2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie*

Par : M. KUATE KADJE CHRISTIAN

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Moustapha TOURE

Membre : Dr Amadou BOCOUM

Co-directeur de thèse : Dr Seydou Z DAO

Directeur de thèse : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES

Au Dieu tout puissant,

Le très miséricordieux; louange à lui de m'avoir donné la santé, le courage, et la conviction de mener ce modeste travail à son terme, que ton nom soit glorifié à jamais !

A la mémoire de Emmanuel Kadje dit papa,

Excuse-moi de te déranger dans ton sommeil profond puissant. Je ne sais pas comment te remercier. Ta bonté et ta bienveillance ne quitteront jamais mon esprit. Tu n'as jamais cessé de nous faire croire que seul le travail libère l'homme. Père, par ce travail qui est aussi le tien, je tiens à te témoigner ma gratitude et mon amour. Reposes en paix papa !

A ma mère Julienne Kamdom,

Tu nous as appris le pardon et l'amour du prochain. Ce travail est le résultat de tes multiples conseils et d'innombrables prières. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire. Tu nous as choyé, rassuré et réconforté. Ton assistance et ton affection ne nous ont jamais fait défaut. Ta grande générosité, ta patience et ta disponibilité font de toi une femme exceptionnelle. Mère, nous voici arrivés à ce jour tant attendu par vous tous. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Merci maman !

A mes grands parents

Merci pour vos bénédictions et conseils, je ne saurai quels mots utilisés pour vous exprimer ma satisfaction et ma reconnaissance. Que Dieu vous garde encore longtemps parmi nous.

A mes tantes

AmélieTagne, Jeanne d'arc, martine, tantine Foumbot, Charline

Très chères tantes, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre générosité et votre bienfaisance. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes oncles

Merlin Kouokam, SiméonTaptso ,PécosTagne

*Chers oncles, votre rigueur dans le travail traduit ce que je suis aujourd'hui.
Ce travail est également le vôtre. Puisse Dieu vous prêter longue vie.*

A mes frères et sœurs

Franck Merlin Kadje , Stève Kadje , Laura Kadje , BrondoneKadje , Constant Kadje , Alex Kadje , Triomphe Kadje de Kadje ,

Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union. Je vous aime.

A mon « pot » et voisin GaëlNoumi

A toi mon ami, avec qui je me suis réellement rapproché en Troisième année, je te remercie pour tous les moments passés ensemble. Je te remercie pour ta présence pendant des bons comme les mauvais moments. Que Dieu te bénisse abondamment et te soutienne dans ce que tu vises comme objectifs futurs.

A toi Vanessa Henga dit « vane»

Je ne saurai te remercier pour toute l'aide que tu m'as apporté. Tu as toujours été présente. Je profite de ce document pour te le dire. Que le Seigneur nous permette de réaliser nos différents projets.

REMERCIEMENTS

A tous mes ami(e)s: Jacques Kamga , Kuate Fabrice , EkouneNanga Michel , Fohomdimitri, Pougacédric , GaelNoumi ,Nguegang Rosine, AmelieTadié , Nadia Ngava , Anicet Foka , Guintso Elisabeth, Michel Mbe , BagayokoAdama , Siéleche Christian , Dr coulibalyAdama , Dr Bory Traore , Dr Ngankem Aurélien ...

Aux Docteurs Seydou Z Dao, Bakary Abou Traoré, Konaté Sackoba , Traoré Daouda

Vous êtes des maitres exemplaires. Votre rigueur dans le travail, votre sens d'orateurs et votre synergie dans le travail ont permis de considérablement m'améliorer. Chers maitres veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

Aux Internes du CsRéf CII : Alfousseyni Konaré, Boité Adama, Sanogo Moussa, Tamesse Toussaint, OuonogoSalia , Camara Youssouf , Sangaré , Boré , Cissoko , KanéFatim

Je vous remercie pour l'estime et le respect que vous avez manifesté à mon égard. Merci également pour vos conseils et vos encouragements.

Aux Sages femmes du CS réf Commune II du District de Bamako.:

Merci pour cette période passée ensemble.

A tous le personnel du CS Réf Commune II du District de Bamako.

A la promotion STATE : Vous avez été ma première famille à Bamako. Je vous porte tous au fond du cœur et merci pour les moments passés ensemble.

Aux Familles Sylla, Diarra : Vous m'avez accueilli comme votre fils et m'avez pris sous votre aile. Je vous suis infiniment reconnaissant.

A L'Association des élèves et étudiants stagiaires camerounais au Mali :

*L'accueil chaleureux dont j'ai bénéficié à mon arrivée au Mali m'a permis de bien m'intégrer
et de me sentir comme chez moi. Encore merci*

*A mes voisins et voisines de la cité de Mme Diarra Awa : Brice, Junior, Anicet,
Gael, Borel, Johan, Jules, Loïc, Kevine...*

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Moustapha TOURE

- ◆ **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- ◆ **Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest;**
- ◆ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en
Allemagne ;**
- ◆ **Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie
Tropicale de Bale en Suisse ;**
- ◆ **Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de Santé de
l'école de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (Belgique)**
- ◆ **Chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali ;**
- ◆ **Chevalier de l'Ordre national du Mali.**

Cher maître

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de
présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre modestie, votre combat de
tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et fœtale et surtout
votre dynamisme font de vous un maître admiré et respecté.

Acceptez ici cher maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Youssouf TRAORE

- ◆ **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie ;**
- ◆ **Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- ◆ **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;**
- ◆ **Titulaire d’un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II,**
- ◆ **Membre de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique(SAGO),**
- ◆ **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- ◆ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- ◆ **Enseignant-chercheur.**

Cher Maitre,

Ce travail est le vôtre, vous n’avez ménagé aucun effort pour sa réussite. C’est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves. Vos immenses qualités de maître formateur ; votre courage et abnégation dans le travail font de vous un modèle à suivre. Veuillez agréer, cher maître l’expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR SEYDOU Z DAO

- ◆ **Gynécologue obstétricien,**
- ◆ **Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de
référence de la commune II du district de Bamako,**
- ◆ **Praticien hospitalier,**
- ◆ **Membre de la SOMAGO.**

Cher maitre,

Vous nous avez honoré par votre confiance en nous confiant cet excellent sujet de travail. Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avonstrouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutescirconstances avec sympathie, sourire et bienveillance.

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionné et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maitre-Assistant à la FMOS,**
- **Gynécologue Obstétricien,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Membre de la SOMAGO,**
- **Diplômé d'échographie en gynécologie obstétrique à l'université Paris V,**
- **Diplômé de cœlioscopie en gynécologie à l'université Paris V,**
- **Diplômé de formation médicale spécialisée approfondie en chirurgie gynécologique et obstétricale à l'université Paris V.**

Cher maître

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre simplicité, le sens du travail bien fait, vos qualités humaines et votre démarche scientifique ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher maître, notre plus haute considération.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABOSAC : Association Bozolaïse de Santé Communautaire

AG : Age de la Grossesse

ASACOBENKADI : Association de Santé Communautaire de Bakaribougou

ASACOHI : Association de Santé Communautaire de l'Hippodrome

ASACOME : Association de Santé Communautaire de Médine

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

BIP : Bipariétal

BONIABA : Association de Santé Communautaire de Bozola Niaréla Bagadadji

BW : Bordet et Wassermann

CAT : Conduite à tenir

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CMIE : Centre Médical Inter Entreprise

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

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 CSCom

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FM : Frottis Mince

FNUAP : Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations

FV : Frottis Vaginal

GE : Goutte Epaisse

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST/MST : Infection/Maladie Sexuellement Transmissible
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
ONU : Organisation des Nations Unies
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPM : Pharmacie Populaire du Mali
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
Selles POK : Parasites Œufs Kystes
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine
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
VS : Vitesse de Sédimentation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des CS Com en fonction de leur fréquentation	43
Tableau II : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge	43
Tableau III : Répartition des patientes en fonction de leur ethnie.....	44
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur profession	44
Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau de scolarisation.....	45
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'état matrimonial	45
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de la gestité	45
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la parité.....	46
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN.....	46
Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la grossesse.....	46
Tableau XI : Les moyens utilisés pour la détermination de l'âge gestationnel	47
Tableau XII : Répartition des prestataires selon la qualification.....	47
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de l'accueil	47
Tableau XIV : Interrogatoire sur la situation personnelle de la patiente	48
Tableau XV : Fréquence de réalisation liée aux ATCD médicaux des patientes	48
Tableau XVI : Fréquence de réalisation liée aux ATCD obstétricaux chez les patientes	49
Tableau XVII : Fréquence de demande d'apparition des symptômes pouvant être liés à la grossesse actuelle	50
Tableau XVIII : Répartition en fonction de la réalisation de l'examen physique.....	51
Tableau XIX : Répartition selon la qualité du respect de l'intimité des patientes.....	52
Tableau XX : Paramètres du respect de l'intimité	52
Tableau XX : Répartition des patientes selon le respect de la prévention des infections.....	53
Tableau XXII : Demande des examens complémentaires selon les normes	54
Tableau XXIII : Prescription de soins préventifs en fonction des éléments de la prévention délivrée	54
Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction des explications données sur la prescription des soins préventifs et leur intérêt	55
Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction des explications données sur le plan d'accouchement.....	55
Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations	56

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la conclusion du praticien en fonction du
risque 56

Tableau XXVIII : Répartition des critères d’appréciation de la qualité de la CPN par CS
Com 57

Tableau XXIX : Répartition de la qualité de la CPN par CS Com..... 58

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
I. OBJECTIFS	17
Objectif général :	17
Objectifs spécifiques :	17
II. GENERALITES	18
1. Historique de la consultation prénatale	18
2. Définitions usuelles	20
3. Les aspects techniques de la consultation prénatale	23
III. METHODOLOGIE	33
IV. RESULTATS	43
1. Répartition par centre	43
2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes	43
3. Evaluation de la qualité de la CPNR	47
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	59
1. Méthodologie.....	59
2. Caractéristiques sociodémographiques	59
3. Qualité de la consultation prénatale	60
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	65
VII. REFERENCES	67
ANNEXES	70
Fiche d'enquête	70
Fiche signalétique.....	75
Serment d'Hippocrate.....	76

INTRODUCTION

Les soins prénatals, c'est à dire les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. L'approche traditionnelle aux soins prénatals présume que davantage de consultations assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte. Une approche actualisée, appelée soins prénatals recentrés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que :

- les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier ;
- beaucoup de femmes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer. [1]

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

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

L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. Selon l'EDSM-IV de 2006, 70 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse et cette proportion a légèrement augmenté avec l'EDSM-V de 2012-2013 (74 %). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les lieux de

résidence. En effet, les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %). Le niveau des consultations prénatales est pratiquement le même pour les femmes de Bamako (95 %) que pour celles des autres villes (92 %)[2].

Le suivi médical de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications ainsi qu'une surveillance obstétricale contribuant à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

L'ensemble des femmes enceintes doit par conséquent bénéficier d'une surveillance prénatale et un suivi obstétrical de qualité. C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Ce modèle qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher ; ce qui en fait une meilleure option pour les pays pauvres. Cette nouvelle politique, focalisée sur l'essentiel, a été adoptée par le gouvernement malien en quête d'un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens.

Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPNR au Mali. Ce qui nous a amené à initier cette étude dans les CSCoM de la commune II du district de Bamako.

I. OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer la qualité de la CPN recentrée dans les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- ✓ Déterminer le niveau de qualification des prestataires de service de CPN.
- ✓ Déterminer le respect des normes et procédures de la CPN recentrée dans ces différents centres.

II. GENERALITES

1. Historique de la consultation prénatale

La mise en place de programmes de politique de santé destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme: à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande-Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptibles de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement. Mais c'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. En 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale.

En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié « de profondément enraciné dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société ». Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des Nations Unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [2].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [2, 9]. Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966, puis dans les pays anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll, Lacronique-Armogathe et Weil. Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale

pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [5].

2. Définitions usuelles

2.1 L'évaluation

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

2.2 La qualité des soins

La qualité des soins 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 [4]. 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 [10].

2.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN)

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs derisques antérieurs ou contemporains ;
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents ;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [5].

2.4 Politique et normes des services

2.4.1 La 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. [3]

2.4.2 Les normes

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

2.5 Les procédures

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

2.6 La grossesse

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

2.7 Facteurs de risque au cours de la grossesse

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée[5].

2.8 Grossesse à haut risque

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de 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.

2.9 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 [12]. 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 [12].

2.10 La mortalité maternelle

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite[12].

2.11 Taux de mortalité maternelle

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [12].

2.12 L'aire de santé ou secteur sanitaire

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire [5].

2.13 La carte sanitaire

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [6].

2.14 Le paquet minimum d'activité (PMA)

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [6].

2.15 L'évacuation

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication [6].

2.16 La Référence

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

3. Les aspects techniques de la consultation prénatale

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

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

dans les deux premières semaines. Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [13]. La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois fins 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 thérapie 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 [9].

3.1 Consultation prénatale recentrée

3.1.1 Concept

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

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

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

3.1.2 Eléments de la CPN recentrée

- La détection et le traitement précoces 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

3.1.3 Etapes de la CPN recentrée

1) Préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

2) Accueillir la femme avec respect et amabilité

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

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

3) 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 ;

4) Procéder à l'examen

Examengénéral, examen des seins, examen obstétrical et examen du bassin (**uniquement au 3ème Trimestre**)

5) 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.

6) 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 VATR₂ou au cours grossesse ultérieure ;

- Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine :

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

- ✓ **1^{ère} Prise** : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux.

Dans les régions de transmission modérée à élevée 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 + 400 µg 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 + 800 µg 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.

7) Prescrire le traitement curatif, si nécessaire

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

8) 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 ;
 - o Signes du travail :
 - ✓ Contractions utérines régulières progressivement douloureuses
 - ✓ Glaise striée de sang (bouchon muqueux)
 - ✓ Modification du col (effacement et dilatation).
 - o 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 37^{ème} semaine
 - ✓ Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

9) Donner le prochain rendez-vous

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
 - o Une au 1^{er} trimestre
 - o Une au 2^{ème} trimestre
 - o Deux au 3^{ème} trimestre dont une au 9^{ème} 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.

10) Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

11) 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 [27].

12) 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 36cm) ;**
- **Petite taille :** taille inférieure à 1m50 ;

NB :

- *Cette liste n'est pas exhaustive, toute grossesse que l'agent de santé juge à risque doit être référée.*
- *Le respect de cette liste de grossesses à risque contribue à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.*
- *Pas d'utilisation de misoprostol ou de perfusion d'ocytocine dans un CScCom*

Il est à rappeler que cette référence doit être faite dès le 1^{er} contact avec la patiente et cela doit être mentionné sur son document de suivi de grossesse. Cette liste doit être affichée dans toutes les unités où il y a une prise en charge des femmes enceintes.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans les maternités de tous les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako.

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako (267 km²).

Elle est limitée :

- Au Nord par la colline du point G;
- Au Sud par le fleuve Niger;
- A l'Est par le marigot de Korofina;
- A l'Ouest par le boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le Centre de Santé de référence se trouve au quartier TSF avec une annexe à Missira.

1.1 La maternité du CSCOM d'ABOSAC

Elle couvre une population de 14036 habitants du quartier de Bozola. Le personnel est composé d'un DTC, un médecin SR, quatre sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes et une matrone.

1.2 La maternité du CSCOM BONIABA

Elle couvre une population de 26074 habitants des quartiers de Bozola, Niarèla et Bagadadji. Le personnel est composé d'un DTC, un médecin SR, de quatre sages-femmes, trois infirmières obstétriciennes et une matrone.

1.3 La maternité du CSCOM BENKADI

Elle couvre une population de 13066 habitants du quartier de Bakaribougou. Le personnel est composé d'un DTC, un médecin SR, quatre sages-femmes, trois infirmières obstétriciennes et deux matrones.

1.4 La maternité du CSCOM ASACOH

Elle couvre une population de 38242 habitants du quartier d'Hippodrome. Le personnel est composé d'un médecin DTC, un médecin SR, cinq sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes et quatre matrones.

1.5 La maternité du CSCOM ASACOGO

Elle couvre une population de 18242 habitants du quartier de M'Gomi. Le personnel est composé d'un médecin DTC, une sage-femme, six infirmières obstétriciennes et trois matrones.

1.6 La maternité du CSCOM ASACOME

Elle couvre une population de 15042 habitants du quartier de Médine. Le personnel est composé d'un médecin DTC, un médecin SR, de cinq sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes et quatre matrones.

2. Lieu d'étude

L'étude a concerné les maternités des six CSCOM sus cités.

3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 06 décembre 2016 au 06 Janvier 2017

4. Population d'étude

Toutes les femmes enceintes ayant effectué au moins une CPN dans les différentes structures pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage

a) Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale durant notre période d'étude.

b) Critères de non inclusion

Ne sont pas inclus dans l'étude :

- Les femmes enceintes ne répondant pas aux critères de la CPNR
- Les femmes enceintes ayant faits leurs CPNR dans d'autres structures et venues consultées pour pathologies sur grossesse
- Les femmes en travail d'accouchement.

6. Taille de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué selon la formule suivante :

$n = \frac{p \cdot (1-p) \cdot \epsilon^2}{i^2} = 205$; avec un taux de couverture ($p=0,74$) ; une valeur critique ($\epsilon=1,96$) au risque $\alpha=0,05$ et une précision fixée à 0,06

7. Critères de jugement

Nous nous sommes référés sur la politique sectorielle du Mali et sur les normes et procédures en CPNR au Mali.

8. Variables étudiées

○ La 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 ;
- Une 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.

○ 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 soins préventifs ;
- L'attitude du praticien ;
- Le respect de la dignité et la confidentialité ;
- La prescription ;
- Les conseils donnés à la gestante ;
- Les rendez-vous ;
- L'opinion de la gestante sur la qualité des soins ;

9. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Word, Excel version 2016 et SPSSversion19.0.

10. Collecte des données

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

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

11. Système de classement

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

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

- **Une première échelle où les CPN sont dites :**
 - ✓ De bonne qualité si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
 - ✓ De moins bonne qualité si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée
- **Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :**
 - ✓ Elevé (Q4) 95 –100% des gestes de la dimension sont réalisés
 - ✓ Assez élevé (Q3) 75 – 94, 99% des gestes de la dimension sont réalisés
 - ✓ Moyen (Q2) 50 – 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
 - ✓ Faible (Q1) moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

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

C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la proportion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 ; Q3) et d'avoir un classement par le niveau du dit centre ; ces critères de classement ont été :

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

Niveau III : 50 – 74,99% des gestantes recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité

Niveau II : 25 à 49,99% des gestantes recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité.

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

12. Etude analytique

Elle analyse la relation entre un facteur d'exposition et un phénomène de santé.

Elle comprend :

- **Une étude transversale** : le principe est de mesurer à un moment donné la fréquence de l'exposition et la fréquence du nombre total de personnes présentant le phénomène de santé.
- **Une étude exposés/non exposés ou < de cohorte > (étude longitudinale)**: une cohorte est définie comme un groupe de sujets, sélectionnés selon les caractéristiques particulières, et suivi au cours du temps. Elle consiste à comparer les incidences du phénomène de santé étudié dans deux groupes : le groupe exposé au facteur étudié et le groupe non exposé au facteur étudié. Elle peut être :
 - **Prospective** : lors de mise en place de l'enquête, le phénomène de santé étudié n'est pas encore survenu. C'est le suivi de la population qui permet d'enregistrer l'événement.

- **Rétrospective (ou cohorte historique) :** l'événement recherché s'est produit avant le début de l'enquête. On recherche les informations dans le <passé>.

Ainsi nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques.

Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

- **Au niveau de l'accueil**

Q14- Se présente à la femme ?

Q17- Salutation conforme aux convenances sociales ?

Q18- Offre un siège à la patiente ?

Q19- demande son nom ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu = 0.

- **Au niveau de l'examen physique**

Q50- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation

Q51- Pesée

Q52- Mesure de la taille

Q53- Recherche d'une boiterie

Q54- Aider à monter sur la table

Q55- Examen des conjonctives

Q56- Mesure de la TA (mmHg)

Q57- Enlève le soutien-gorge

Q58- Auscultation cardiaque

Q59- Auscultation pulmonaire

Q60- Palpation de l'abdomen

Q61- Mesure de la hauteur utérine (HU)

Q62- Position du fœtus

Q63- Auscultation du bruit du cœur fœtal

Q64- Examen au spéculum

Q65- Toucher vaginal

Q66- Examen du bassin au 9^{ème} mois

Q66- Recherche des œdèmes

Q67- Aider à descendre de la table.

Q68-Dire le résultat de l'examen à la gestante

Score maximum attendu =20

Score minimum attendu = 0.

- **Relations humaines**

Q83- Gentillesse du ton

Q84- Attitude envers la gestante

Q85- Au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?

Q86- A-t-il demandé à la consultante de revenir ?

Q87- Lui a-t-il précisé quand ?

Q88- Présence de tierce personne pendant la consultation.

Score maximum attendu =6

Score minimum attendu = 0.

- **Au niveau des conseils**

Q91- A-t-on donné des conseils

Q92- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?

Q93- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

OPC32- Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu =0.

- **Au niveau de l'hygiène :**

Q96- Si oui est-il fourni par le centre ?

Q97- Est-il différent de celui des femmes précédentes ?

Q98- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante?

Q99- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q100- À la fin de la consultation le praticien change-t-il le matériel ?

Q101- Le matériel est-il correctement nettoyé ?

Q102- Le matériel est-il correctement désinfecté ?

Q103- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Q104- Si oui laquelle ?

Score maximum attendu = 9

Score minimum attendu = 0.

- **Au niveau de la conclusion :**

Q106- Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q107- Référence vers un autre établissement +Q15- Nom de l'établissement de référence.

Q108- Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA ?

Q109- Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?

Q110- Lui a-t-il dit où aller accoucher ?

Q111- Lui a-t-il dit pourquoi ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- **Respect de l'intimité :**

OPC88- Y'avaient t-il d'autres personnes dans la salle de consultation ?

OPC90- Y avait-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de consultation.

Score maximum attendu =2

Score minimum attendu = 0.[5]

13. Définitions opérationnelles

- **Grossesse multiple** : c'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus au moins deux fœtus ;
- **Gestité**: nombre total de grossesses contractées par une femme ;
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse ;
- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse ;
- **Multigeste**: c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse ;
- **Grande multigeste**: il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus ;
- **Accouchement** : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus ;
- **Parité** : nombre total d'accouchements d'une femme ;
- **Nullipare**: il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché ;
- **Primipare**: c'est une femme qui a accouché une fois ;
- **Paucipare**: c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois ;
- **Multipare**: c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois ;
- **Grande multipare**: il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

IV. RESULTATS

1. Répartition par centre

Tableau I : Répartition des CS Com en fonction de leur fréquentation

Nom de la structure	Effectifs	Pourcentage
ASACOME	34	16,2
BONIABA	34	16,2
ABOSAC	37	17,6
BENKADI	38	18,1
ASACOHI	46	21,9
ASACOGO	21	10,0
Total	210	100,0

L'ASACOHI a été la structure la plus fréquentée avec 21,9 % des cas

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge

Tranche d'âge(ans)	Effectifs	Pourcentage
14-19	50	23,8
20-24	61	29,0
25-29	56	26,7
30-34	29	13,8
35-39	13	6,2
40 et plus	1	0,5
Total	210	100,0

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus dominante était 20-24 ans avec 29% avec des extrêmes de 14 ans et de 40 ans et un âge moyen de 24,24 ans

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de leur ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	100	47,6
Dogon	31	14,8
Malinké	26	12,4
Peulh	25	11,9
Ouolof	12	5,7
Sonrhai	8	3,8
Bozo	4	1,9
Soninké	4	1,9
Total	210	100,0

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 47,6% des cas

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Femme au foyer	114	54,3
Vendeuse	64	30,5
Aide-ménagère	9	4,3
Fonctionnaire	4	1,9
Autres*	19	9,0
Total	210	100,0

* : Etudiante (05), teinturière (09), coiffeuse (05)

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 54,3%

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectifs	Pourcentage
Analphabète	57	27,1
Primaire	116	55,2
Secondaire	23	11,0
Supérieur	4	1,9
Ecole coranique	10	4,8
Total	210	100,0

Le niveau primaire était le niveau de scolarisation le plus représenté avec 55,2%

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	14	6,7
Mariée	196	93,3
Total	210	100,0

La quasi-totalité des patientes était mariée

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	72	34,3
Paucigeste	80	38,1
Multigeste	43	20,5
Grande multigeste	15	7,1
Total	210	100,0

Les paucigestes étaient les plus représentées soit 38,1 %

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	73	34,8
Primipare	46	21,9
Paucipare	58	27,6
Multipare	29	13,8
Grande multipare	4	1,9
Total	210	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées soit 34,8%

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN au moment du recrutement

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage
1	93	44,3
2	58	27,6
3	39	18,6
4 et plus	20	9,5
Total	210	100,0

La majorité des patientes était à leur première CPN soit 44,3%.

Ces chiffres concernent toutes les patientes vues durant notre période d'étude et qui pouvaient être à tout âge de la grossesse.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la grossesse

Détermination de l'âge gestationnel	Effectifs	Pourcentage
1^{er} trimestre	112	53,3
2 ^{ème} trimestre	65	31,0
3 ^{ème} trimestre	33	15,7
Total	210	100,0

La majorité des patientes était au 1er trimestre de leur grossesse soit 53,3%

Tableau XI : Les moyens utilisées pour la détermination de l'âge gestationnel

Moyens utilisés	Effectifs	Pourcentage
Mesure de la HU	156	74,3
Echographie	43	20,5
DDR	11	5,2
Total	210	100,0

L'âge gestationnel était déterminé dans la majorité des cas à partir de la hauteur utérine

3. Evaluation de la qualité de la CPNR

Tableau XII : Répartition des prestataires selon la qualification

Qualification du praticien	Effectifs	Pourcentage
Sage femme	171	81,4
Infirmière obstétricienne	31	14,8
Médecin généraliste	8	3,8
Total	210	100,0

La majorité des consultations prénatales était réalisée par des sages femmes

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accueil

Accueil	Effectifs	Pourcentage
Salue la patiente	206	98,1
Offre un siège à la patiente	209	99,5
Demande son nom	208	99,05
Se présente à la femme	207	98,6
Total	210	100

L'accueil était conforme aux normes chez pratiquement toutes les patientes donc de ce fait les CS Com de la commune II sont de niveau IV dans ce domaine

Tableau XIV : Interrogatoire sur la situation personnelle des patientes

Paramètres d'identification de la situation personnelle de la patiente	Effectifs	Pourcentage
Age	210	100
Situation socio-économique		
Bas niveau	74	35,2
Niveau moyen	102	48,6
Niveau favorable	34	16,2
Total	210	100
Niveau de scolarisation	210	100
Profession du mari	210	100
Lieu de résidence	210	100

Le recueil des paramètres de l'identification de la situation personnelle de la patiente était toujours fait. Les CSCom de la Commune II sont de niveau IV dans ce domaine

Tableau XV : Fréquence de l'interrogatoire par rapport aux ATCD médicaux des patientes

Interrogatoire sur les ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	208	99,05
Diabète	208	99,05
IST	208	99,05
Hémoglobinopathies	50	23,8
Tuberculose	20	9,5
Anémie	12	5,7
Asthme	75	35,7
Infection urinaire	18	8,6

Cet interrogatoire était conduit dans 93% des casmais jamais selon les normes. Les CSCom de la Commune II sont de niveau I dans ce domaine.

Tableau XVI : Fréquence de l'interrogatoire par rapport aux ATCD
obstétricaux chez les patientes

Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux	Effectifs	Pourcentage
Nombre de grossesses	210	100,0
Nombre d'accouchements	210	100,0
Nombre d'avortements	210	100,0
Nombre de mort-nés	210	100,0
Nombre de naissances vivantes	210	100,0
Nombre d'enfants décédés	210	100,0
Age et cause de décès des enfants	210	100,0
Césarienne	210	100,0
Forceps et ventouse	100	47,6
Eclampsie	50	23,8

Cet interrogatoire était conduit dans 77,14% des cas mais jamais selon les normes. Les CSCom de la Commune II sont de niveau I dans ce domaine.

Tableau XVII : Fréquence de l'interrogatoire par rapport aux symptômes pouvant être associés à la grossesse actuelle

Interrogatoire sur	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	201	95,7
Perte prématurée des eaux	200	95,2
Saignements vaginaux	206	98,1
Douleurs abdominales graves	190	90,5
Perception des M.A.F	210	100
Bourdonnements d'oreilles/Vertiges	205	97,6
Respiration difficile	209	99,5
Maux de tête prononcés/Vision trouble	209	99,5
Convulsions	194	92,4

Ce type d'interrogatoire était conduit dans 96,5% des cas mais jamais selon les normes. Les CSCOM de la commune II sont de niveau I dans ce domaine.

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

Examen clinique	Effectifs	Pourcentage
Explique le déroulement de la consultation	210	100,0
Prend le poids	210	100,0
Mesure la taille	210	100,0
Recherche la boiterie	210	100,0
Aide à monter sur la table	210	100,0
Examine les conjonctives	210	100,0
Prend la tension artérielle	210	100,0
Le soutien-gorge a été enlevé	112	53,33
Examine les seins	210	100
Ausculte le cœur	44	20,9
Ausculte les poumons	44	20,9
Palpe l'abdomen	210	100
Mesure la hauteur utérine	210	100
Apprécie la position du fœtus	157	74,8
Ausculte les BDCF	157	74,8
Recherche les œdèmes	210	100
Fait un examen au spéculum	112	53,33
Fait un toucher vaginal	210	100
Examine le bassin au 9 ^e mois	5	15,15
Aide à descendre	210	100

L'examen était conduit dans 84,12% mais seulement chez 21% des patientes selon les normes. Les CSCOM de la commune II sont de niveau I dans ce domaine.

L'examen cardio-pulmonaire a été fait par les médecins

Tableau XIX : Répartition selon la qualité du respect de l'intimité des patientes

Respect de l'intimité	Effectifs	Pourcentage
Oui	151	71,9
Non	59	28,1
Total	210	100

Le respect de l'intimité n'était pas assuré dans 28,1% donc les CS Com de la Commune II sont de niveau III dans ce domaine

Tableau XX : Paramètres du respect de l'intimité

Respect de l'intimité	Effectifs	Pourcentage
Présence d'accompagnants de la patiente	Oui(0) Non(210)	Oui(0) Non(100)
Entrées et sorties fréquentes des agents de santé	Oui(59) Non(151)	Oui(28,1) Non(71,9)

Le non-respect de l'intimité était observé du fait des entrées et sorties fréquentes des agents de santé

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le respect de la prévention des infections

Prévention des infections	Effectifs	Pourcentage
L'alèze posée sur la table est fournie par le centre	54	25,7
Le tissu posé sur la table est le pagne de la femme	156	74,3
Le pagne est différent de celui des femmes précédentes	159	75,7
Le praticien se lave les mains entre 2 patientes	159	75,7
Le praticien a utilisé les gants	210	100
Le matériel est changé à la fin de la consultation	179	85,2
Faute d'asepsie durant l'examen	56	26,7
Le matériel stérilisé selon les normes	202	96,2
Tri des déchets selon les normes	56	26,7

L'alèze posée sur la table était toujours fournie par le centre. Une faute d'asepsie a été commise dans 26,2% des cas. Les centres sont de niveau III dans ce domaine.

Tableau XXII : Demande des examens complémentaires selon les normes

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
Groupage rhésus	144	68,6
Taux d'Hémoglobine	144	68,6
Glycémie à jeun	144	68,6
Albumine-sucre	144	68,6
Test d'Emmel	144	68,6
Sérologie BW	144	68,6
Echographie Ier trimestre	144	68,6
Echographie Iie trimestre	65	31,0
Echographie IIIe trimestre	33	15,7
Sérologie du VIH	144	68,6

La majorité des patientes ont réalisé les bilans recommandés par les Politiques, Normes et Procédures et donc les centres sont de niveau III dans ce domaine

Tableau XXIII : Prescription de soins préventifs en fonction des éléments de la prévention délivrée

Soins préventifs au cours de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
SP (1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} dose)	98	46,7
Fer-acide folique	210	100
Vaccin anti-tétanique	93	44,3
Moustiquaires imprégnées	150	71,4

La prescription des soins préventifs mis à part celle de la sulfadoxine-pyriméthamine était réalisée selon les normes et procédures chez la majorité des patientes. Les CSCOM de la commune II sont de niveau IV dans ce domaine.

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

Explications sur la prescription	Effectifs	Pourcentage
Oui	202	96,2
Non	8	3,8
Total	210	100,0

Sur 210 patientes qui avaient reçu une ordonnance, 202 soit 96,2% d'elles avaient bénéficié d'explications par rapport à la posologie, aux effets bénéfiques et secondaires des médicaments

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction des explications données sur le plan d'accouchement

Explications données sur le plan d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Oui	129	61,4
Non	81	38,6
Total	210	100

Les explications étaient données sur le plan d'accouchement chez 61,4% des patientes. Les CSCCom de la commune II sont de niveau III dans ce domaine.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations

Opinion des patientes	Effectifs	Pourcentage
Etat des locaux		
Vieux et sales	0	0,0
Vieux mais propres	178	84,7
Récents mais sales	10	4,8
Récents et propres	22	10,5
Qualité des prestations		
Non satisfaisante	0	0
Peu satisfaisante	15	7,1
Satisfaisante	182	86,1
Très satisfaisante	13	6,2

84,7 % des patientes ont trouvé les locaux vieux et propres. 86,7% des patientes sont satisfaites des prestations

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la conclusion du praticien en fonction du risque

Conclusion de l'examen	Effectifs	Pourcentage
Aucune conclusion prise	30	14,3
Grossesse normale	146	69,5
Grossesse à risque	34	16,2
Référence au CSRéf	12	5,7

Trente-quatre patientes ont été classées comme faisant partie des grossesses à risque, parmi lesquelles 12 ont été référées à l'unité gynécologique du CSRéf

Tableau XXVIII : Répartition des critères d'appréciation de la qualité de la CPN par CS Com

Critères d'appréciation de la qualité de la CPNR	Taux de conformité des étapes de la CPN (%) = (nombre d'observations avec étapes conformes sur nombre de patientes du CSCOM) x 100						MOY
	ABOSAC	BONIABA	ASACOME	ASACOH	ASACOGO	BENKADI	
Accueil,	100	97,1	100	89,1	81	97,4	94,8
Interrogatoire sur la situation personnelle de la patiente,	100	80	100	100	100	100	100
Interrogatoires ATCD médicaux	0	0	0	0	0	0	0
Interrogatoires ATCD obstétricaux,	0	0	0	0	0	0	0
Interrogatoire symptômes liés à la grossesse actuelle	0	0	0	0	0	0	0
Réalisation de l'examen physique,	29,7	8,8	29,4	10,9	28,6	23,7	21
Respect de l'intimité,	75,7	94,1	52,9	67,4	100	55,3	71,9
Respect de la prévention des infections,	81,1	82,4	70,6	69,6	95,2	52,6	73,3
Demande des examens complémentaires,	78,4	76,5	58,8	63	66,7	68,4	68,6
Soins préventifs au cours de la grossesse,	96,5	89,9	91,7	87,3	100	78,4	90,6
Explication sur la prescription,	100	100	97,1	89,1	90,5	100	96,2
Explications sur le plan d'accouchement	69,2	67,6	56,3	53,3	66,7	55,3	61,4
Conclusion du praticien,	88,7	75,2	84,8	83,9	95,3	86,2	85,7
MOYENNE	63,02	59,35	57,05	54,9	63,4	55,2	58,8

Avec respectivement 94,8 ; 100 et 96,2%, l'accueil, l'interrogatoire sur la situation personnelle et l'explication sur la prescription ont été les gestes techniques les plus conformes. Par contre l'interrogatoire sur les ATCD médicaux, les ATCD obstétricaux et les symptômes liés à la grossesse avec 0% n'avait jamais été conforme.

Tableau XXIX : Répartition de la qualité de la CPN par CSCom

CS Com	Score obtenu (%)	Niveau
ABOSAC	63,02	III
ASACOGO	63,4	III
BENKADI	55,2	III
ASACOHI	54,9	III
ASACOME	57,05	III
BONIABA	59,7	III
Moyenne	59,35	III

Le CSCOM de N'GOMI avec 63,4% a été le CSCOM le plus conforme au niveau de la réalisation des gestes techniques lors de l'observation de la CPN.

L'ensemble des CSCOM de la commune II a été classé niveau III quant à la qualité de la CPNR.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude prospective selon le modèle d'AVEDIS DONABEDIAN. L'enquête a porté sur 210 gestantes ayant fréquenté l'unité CPN des 6 CSCom de la commune II du district de Bamako.

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

- ✓ Le faible niveau de scolarisation de la majorité de nos patientes : 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, l'étroitesse de la salle de CPN ou encore sa multifonction (CPN, CPON, dépistage cancer du col, PTME, PF) dans certaines structures qui avait pour conséquences le non-respect de la programmation des jours de CPN et des autres activités par les patientes et les prestataires eux-mêmes.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, l'ASACOHl était la structure la plus représentée. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-24 ans avec 29% et des extrêmes de 15 ans et 40 ans. Chez **GoitaN [7]** 12,5% des patientes avaient moins de 19 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Chez **ThiamA[5]**, la tranche d'âge la plus représentée était aussi 20-24 ans mais avec 34%. L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 47,6%. **Wokden J S[28]** a trouvé le même résultat avec 41,9%. Le niveau primaire était le niveau de scolarisation le plus représenté avec 55,2% des cas. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 54,3% des cas. Chez **ThiamA[5]**, **GoitaN[7]**, **FombaS [8]** et **Wokden J S[28]** les taux de femmes au foyer représentaient respectivement 81% ;

71,5% ,84,5% et 41,9% . Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes non scolarisées avaient en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [17]. Les patientes étaient mariées dans 93,3% des cas contre 90% chez **ThiamA**[5]. Les paucigestes et les nullipares étaient les plus représentées soit 38,1% et 34,8% contre respectivement 33,5% et 26% chez **ThiamA**[5]. La majorité des patientes étaient à leur première CPN soit 44,3% et étaient au premier trimestre de leur grossesse soit 53,3% et la mesure de la HU était la méthode la plus utilisée. **ThiamA**[5] quant à lui a trouvé que 53% des patientes étaient à leur 3ème CPN et 40,5% étaient au deuxième trimestre de leur grossesse.

3. Qualité de la consultation prénatale

3.1 Accueil des patientes

L'accueil était fait dans 98,8% des cas mais selon les normes chez 94,8% des patientes. Ce résultat se rapproche de celui de **Wokden J S**[28] qui a trouvé 100%. Nous nous sommes référés aux domaines comme la salutation conforme aux convenances sociales, la présentation du praticien, la demande du nom et l'invitation à prendre un siège. Ce résultat n'est que le reflet de la qualité de l'hospitalité du peuple malien.

3.2 Qualité de la CPN

Il en ressort au terme de notre étude que la CPN était majoritairement effectuée par les sages femmes soit 81,4%, les infirmières obstétriciennes avec 14,8% et les médecins avec 3,8%. Les consultations en majorité avaient été faites par le personnel qualifié, cela avait un impact favorable sur la qualité des CPN. Ce résultat est identique à celui de **ThiamA** [5] qui avait trouvé que 90% des CPN étaient effectuées par les sages-femmes et 10% par les infirmières obstétriciennes. Quant à **GoitaN** [7], il a trouvé dans son étude que 65% des CPN sont réalisées par les sages femmes et 10% par les infirmières

obstétriciennes. Aucun cas de CPN n'avait été effectué par les matrones. La réalisation de la majorité des CPN par les sages femmes et les médecins s'explique par le fait que l'Etat a recruté un nombre élevé de sages femmes et de médecins sur le fond PPTE dans le district de Bamako afin de réduire considérablement la mortalité maternelle et néonatale.

3.3 Informations recueillies lors de l'interrogatoire

L'interrogatoire sur la situation personnelle de la patiente était toujours fait. **Wokden J S[28]** a trouvé le même résultat.

L'interrogatoire sur les ATCD obstétricaux a été fait chez la majorité des patientes mais jamais selon les normes. En ce qui concerne les ATCD médicaux, nous nous sommes référés sur les variables telles que l'HTA, diabète, hémoglobinopathies, infection urinaire, IST/VIH, anémie, asthme et la tuberculose. Ces ATCD étaient recherchés chez 93% des patientes mais jamais selon les normes.

L'interrogatoire sur les symptômes liés à la grossesse actuelle était fait chez 96,5% des patientes mais jamais selon les normes.

Par contre, **Wokden J S[28]** a trouvé que l'interrogatoire sur les ATCD médicaux, obstétricaux et sur les symptômes liés à la grossesse était toujours fait selon les normes.

3.4 Réalisation de l'examen physique

L'examen a été fait chez 84,12% des patientes. Cet examen a été fait selon les normes dans 21% des cas. **Wokden J S[28]** a trouvé que l'examen physique était fait selon les normes chez toutes les patientes. Nous avons constaté que l'auscultation cardio-pulmonaire et l'examen au spéculum n'étaient pas toujours effectués. Ainsi, dans notre étude, nous avons noté que seulement 53,3% des gestantes ont bénéficié d'un examen au spéculum. Ceci pourrait s'expliquer par

le fait que dans certains cas, les indications d'un examen au spéculum n'étaient pas retrouvées.

La prise régulière du poids oriente sur l'état nutritionnel des gestantes, notamment son augmentation au cours de la grossesse.

Le gant était utilisé chez toutes les gestantes. Le tri des déchets biomédicaux n'était pas fait selon les normes dans 26,7% des cas ; donc des efforts doivent être faits concernant le tri des dits déchets.

Concernant le respect de l'intimité lors de l'examen, il en ressort qu'il était conforme dans 71,9% des cas, ceci dû aux entrées et sorties des agents de santé. Ce résultat se rapproche de celui de **Badiaga C [6]** qui a trouvé 99,7% du fait de la présence des accompagnatrices.

3.5 Réalisation des examens complémentaires

La demande des examens était faite selon les normes dans 68,6% des cas, contre 75,3% chez **ThiamA[5]**, 99% chez **GoitaN[7]**, 96,6% chez **FombaS[8]** et 85% chez **Wokden J S [28]**. Ce taux peut s'expliquer par le fait que nous avons comptabilisé uniquement les gestantes dont les examens paracliniques ont été demandés en notre présence. Les différentes échographies étaient systématiquement demandées en fonction du terme de la grossesse et selon les normes et procédures ; mais toutes n'étaient pas faites. Les raisons évoquées étaient le manque de moyens financiers.

3.6 Soins préventifs

Les mesures préventives portaient sur la supplémentation en fer-acide folique (100%), la prévention du tétanos maternel et néonatal (44,3%), la prévention du paludisme par la prise supervisée de la sulfadoxine-pyriméthamine (46,7% dont 03 doses au maximum étaient données) et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides et l'hygiène du milieu (71,4%). Les explications sur la prescription étaient données dans 96,2% des cas. Ceci peut s'expliquer par le fait

qu'au cours de certaines CPN, vu le nombre élevé des patientes et dans le souci de consulter toutes les gestantes, l'agent de santé omettait souvent de donner des explications. **Thiam A [5]** a trouvé que la prophylaxie antianémique était prescrite chez 95% des patientes, la prophylaxie anti palustre chez 90% des patientes et la prophylaxie antitétanique chez toutes les patientes. **Wokden J S [28]** a trouvé que le VAT, SP et FAF étaient prescrits chez toutes les patientes.

3.7 Plan d'accouchement

Nous nous sommes référés sur les domaines tels que l'explication sur les signes d'alerte, la conduite à tenir s'ils survenaient, le lieu d'accouchement et la raison de ce choix. Il en ressortait que les explications sur le plan d'accouchement étaient données dans 61,4% des cas. **Wokden J S [28]** a trouvé que les conseils pour la préparation de l'accouchement étaient donnés chez 72,5% des patientes ; ceci peut s'expliquer par le fait que certains prestataires expliquent seulement le plan d'accouchement lorsque la grossesse est à terme.

Un plan d'accouchement est la préparation pour l'accouchement qu'une mère et sa famille mettent en place pendant la grossesse. Le but du plan d'accouchement est d'assurer :

- ✓ Un accouchement à moindre risque ;
- ✓ Une action prompte en cas de problèmes.

Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées. La forme et le contenu dépendent du niveau d'éducation de la femme, des pratiques locales communautaires, du lieu de l'accouchement et des prestataires de soins de santé [27].

3.8. Classification des patientes au terme de la CPN

Aucune conclusion n'a été prise chez 14,3% des patientes. La majorité des gestantes soit 69,5% était sans aucun risque, mais dans 16,2% des cas, les gestantes étaient à risque dont 5,7% ont été référées à l'unité gynécologique du CSRéf commune II. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que certaines sages femmes étaient réticentes à la référence. Les facteurs de risque étaient : l'âge inférieur à 16 ans, primipare âgée, grande multipare, ATCD de mort-nés, taille inférieure à 1m50, utérus cicatriciel, boiterie, anémie, asthme... etc. Chez **ThiamA[5]**, 25% des gestantes ont été classées à risque et 30% d'entre elles étaient référées à l'unité gynécologique.

3.9 Opinion des patientes sur l'état des locaux et la qualité des prestations

Les locaux ont été trouvés vieux et propres chez 84,7% des patientes et 86,7% des patientes ont été satisfaits des prestations reçues.

Badiaga C [6]a trouvé que 74 % des patientes ont trouvé que les locaux étaient vieux et propres et 91,1% des patientes étaient très satisfaisantes de la qualité des prestations.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Il s'agit d'une étude prospective transversale sur la qualité de la CPN recentrée dans les CSCom de la commune II du district de Bamako. Au terme de cette étude, il en ressort qu'avec un niveau de performance moyen de 58,8% selon nos critères, la qualité de la CPNRdans les CSCOM de la commune II a été classé **III** c'est-à-dire **moyen**et qu'importants efforts sont encore à faire sur l'interaction patiente-praticien, la prévention des infections et l'examen physique , aspects qui permettront une réduction considérable du taux de morbidité et de mortalité materno-infantile ; objectif premier du ministère de la santé et de la Société malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).

Recommandations

Elles s'adressent :

○ Aux autorités sanitaires et politiques :

- ✓ Assurer la formation continue des sages-femmes et infirmières obstétriciennes pour une amélioration de la qualité de la CPNR ;
- ✓ Remplacer les fiches individuelles de CPN par des carnets de suivi de grossesses ;
- ✓ Améliorer l'accès des femmes à l'éducation en augmentant le taux de scolarisation des femmes.

○ Au personnel de santé :

- ✓ Respecter les normes lors de la consultation prénatale ;
- ✓ Sensibiliser les femmes pour qu'elles se présentent aux centres de santé dès le début de la grossesse (CCC).

○ A la population et aux femmes enceintes :

- ✓ Favoriser la scolarisation des filles ;
- ✓ Respecter les Rendez-vous et suivre les conseils prodigués par les agents de santé lors des CPN.

VII. REFERENCES

1. **O.M.S:** Rapport sur la santé dans le monde, donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève 2005 : 2-4
2. **JHPIEGO/Programme de Santé maternelle et néonatale.** CPN Recentré y compris le contrôle du paludisme pendant la grossesse au Mali : Manuel de référence pour les prestataires de soins de santé. Bamako 2015 : 5-6
3. **Enquête démographique et de santé au Mali V.** EDSM2012-2013 : 20-21
4. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali. Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale; 2005
5. **Thiam A.** Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf Commune II du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2011
6. **Badiaga C.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales à la maternité du CSRéf de Kati A propos de 380 cas. Thèse Med Bamako 2008
7. **Goita N.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologieobstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2006, N° 210
8. **Fomba S.** Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse Med Bamako 2003, N° 64
9. **Traoré MK.** Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la Commune de Banconi. Thèse Med Bamako 2001, N° 49

- 10.OMS** Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal
40(5) ;1986 : 193-202
- 11.Diallo A.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au CSRéf
Commune I du district de Bamako.Thèse Med Bamako 2008
- 12.OMS.** Estimations révisées pour 2005 de la mortalité maternelle : 10-29
- 13.Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris,
Masson, 1995 : 571- 597
- 14.Siaka KM.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le
CSRéf de Kita.Thèse Med Bamako 2008
- 15.Traore BA.** Consultation prénatale recentrée : connaissances, attitudes et
pratiques de la communauté de Sénou. Thèse MedBamako 2010
- 16.Kamissoko M.** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé
communautaire deKalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse
Med Bamako 2004, N°87
- 17.OMS** Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle.1ère
éd.Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996 : 16-17
- 18.Sagara JA.** Consultation prénatale recentrée : attitudes, connaissances et
pratiques de la communauté de Dio-Gare. Thèse Med Bamako2010
- 19.Konaté S.** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de
référence de la commune II du District de Bamako. Thèse Med
Bamako2002, N° 33
- 20.DonabedianAdevis.** Exploration in assessment and monitoring. The
definition of quality and approaches to its assessmentHealth
administration. Michigan. Press, An Arbor; vol 1 ; 1980 : 123-124

- 21.Thoulon JM, Puech F, Boog G.**Universités Francophones obstétrique
Ellipses au Pelf/Uref ; 1995 : 867-868
- 22.Angoulvent P.** La grossesse. Collection encyclopédique.Presse
Universitaire de France, 1990 : 140-147
- 23.Sankalé M, Mazer A.** Guide médicale de la famille. Afrique et Océan
Indien. France, EDICEF 1991 : 143-144
- 24.KoitaM.**Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires
publiquescommunautaires des communes V et VI du district de Bamako.
Thèse Med Bamako 2001, N°41
- 25.Traore B, Thera TA, Kokaina C1, Beye SA, MounkoroN, TeguetI,
Dolo A.** Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du
centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 138
cas Rev. Mali. Gynéco. Obstet 2010 : 4-5
- 26.Hart RH, Belsey MA, Tarino E.**Intégration des soins de santé maternelle
et infantiledans les soins de santé primaire. Considération pratique. OMS
Genève 1991 : 101-102
- 27.Ministère de la santé.** Procédures en santé de la reproduction,gravidido-
puerpéralité, soins prénatals Vol 3 ;Juin 2013
- 28.Wokden J S.** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans les
CSCOM de la commune III du district de Bamako en 2013. Thèse Med
Bamako 2014

ANNEXES

Fiche d'enquête

I-Observation des CPN

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

Q1 1 = Date d'observation.....

4 Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom :..... ; Prénom :.....

Q3 Age () : ans

Q4 Ethnie 1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonrai ;

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

Q5 profession : 1=Femme au foyer ; 2=vendeuse ; 3=fonctionnaire ;

4 = aide ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre (à préciser).....

Q6 Niveau scolaire : 1 = Analphabète ; 2 = primaire ; 3 = secondaire ; 4 = supérieur ; 5 = coran

Q7 Etat matrimonial : 1 = célibataire ; 2 = mariée ; 3=veuve ; 4=divorcée ; et profession du mari

Q8 Résidence et moyen de transport utilisé:.....

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

1= oui ; 2 = non ; 3 = si oui quel facteur ?

1 = Age inf 16 ans ; 2 = Primipare âgée (30 ans ou +) ; 3 = Grande multipare (sup ou =6 accouchements) ; 4 = Dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse) ; 5 = ATCD de mort-né ; 6 = Taille inf 150cm ; 7 = HTA ; 8 = Poids inf 45kg ; 9 =Autre :

Q11 Nombre de CPN réalisées :

5 Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

Q12 Qualification : 1= Médecin généraliste ; 2 = Sage femmes ; 3 = Matrone ; 4 = Infirmièreobstétricienne ; 5 = Autres(à préciser) :.....

Q13 Statut : 1 = Fonctionnaire ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5 =Autre :.....

6 Accueil :

Q14 Langue de communication : 1 = Français ; 2 = Bambara ; 3 = Autre :.....

Q15 Consultante comprenait-elle la langue : 1 = oui ; 2 = non

Q16 Si non a-t-on fait appel à un interprète ? : 1 = oui ; 2 = non

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales : 1 = oui ; 2 = non

Q18 Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir : 1 = oui ; 2 = non

Q19 Demande du carnet de la grossesse précédente : 1 = oui, présent ; 2 = non,absent

7 Interrogatoire

7-2 Antécédents :

7-2-1 Antécédents obstétricaux

Q20 1- Nombre de grossesse (...)

Q21 2-Nombre d'accouchements(...)

Q22 3- Nombre d'avortements (...)

Q23 4- Nombre de mort-nés(...)

Q24 5- Nombre de naissances vivantes(...)

Q25 6- Nombre d'enfants décédés(...)

Q26 7- A quel âge et dans quel contexte sont survenus les décès cités plus haut (...)

Q28 9- Césarienne(...)

Q29 10- Forceps ou ventouse(...)

Q30 11 Eclampsie(...)

Q31 12- Autre à préciser(...)

7-2-2 Antécédents médicaux

Q32 Infection urinaire(...)

Q33 Hypertension artérielle (...)

Q34 Diabète(...)

Q35 Affection cardiaque (...)

Q36 Tuberculose(...)

Q37 IST(...)

Q38 Drépanocytose(...)

Q39 Anémie et autres(...)

7-3 Détermination de l'Age gestationnel et moyen utilisé

7-4 Pathologies au cours de la grossesse

Q40 Saignement vaginaux(...)

Q41 respiration difficile(...)

Q42 Fièvre(...)

Q43 Douleurs abdominales graves(...)

Q44 Perception mouvements actifs fœtus(...)

Q45 Maux de tête prononcés/ vision troubles(...)

Q46 Vertiges, bourdonnements d'oreilles(...)

Q47 convulsions / perte de connaissance(...)

Q48 Rupture prématurée des membranes(...)

Q49 Autres à préciser(...)

8- Examens cliniques

Q501- Explique déroulement consultation(...)

Q512- Pesée(...)

Q523- Mesure de la taille(...)

Q534- Recherche boiterie (...)

Q545- Aide à monter sur la Table(...)

Q556- Examen conjonctives(...)

Q567- Mesure de la TA (...)

Q578- Le soutien-gorge a été enlevé(...)

Q589- Auscultation cardiaque(...)

Q5910- Auscultation pulmonaire(...)

Q60 11- Palpation abdomen(...)

Q6112- Mesure Hauteur Utérine(...)

Q6213-Position fœtus(...)

Q6314- Auscultation bruits cœurfœtal(...)

Q6415 Recherche œdèmes(...)

Q6516- Examen au spéculum (...)

Q6617- Examine le bassin au 9^{ème} mois (...)

Q6617- Toucher vaginal(...)

Q6718- Aide à descendre (...)

Q6919 Eclairage était-il suffisant ? (...)

Q7020- Examen à l'abri des regards (...)

Q7121 Autre(...)

Q7222-Dire le résultat de l'examenà la gestante(...)

9- Examens para cliniques

Q73A-t-on demandé des examens para cliniques(...)

Q74Si oui a-t-on expliqué pourquoi ? (...)

Q75Si oui a-t-on expliqué où aller ? (...)

10- Vaccinations

Q76A-t-on demandé le carnet de vaccination ? (...)

Q77A-t-on proposé une vaccination ? 0- non 1-sur le champ 2- à une date ultérieure(...)

11- Grossesse à risque

Q78La grossesse a-t-elle été classée comme « grossesse à risque » ? (...)

12- Prescription

Q79Une prescription a-t-elle faite ? et à quel rythme(...)

Q80A-t-on expliqué pourquoi ? (...)

13- Relations humaines

13-1 Attitude praticien(...)

Q81Gentillesse du ton (...)

Q82A-t-il rassuré la patiente?0=Non 1=Oui(...)

Q84A-t-il fait les salutations d'usage à son départ ? 0= Non 1=Oui(...)

13-2 Pendant ou au décours de l'examen, le praticien a-t-il expliqué clairement à laconsultante ? (...)

Q85Les modifications physiologiques de la grossesse ? (...)

Q86A-t-il demandé à la consultation de revenir ? (...)

Q87Lui a-t-il précisé quand ? (...)

Q88Y-avaient-ils d'autres personnes dans la salle de consultation? (...)

0-Non

1-Oui d'autres membres du personnel

2-Oui, des accompagnants

Q89Nombre total de personnes dans la salle(...)

Q9013-3 Y-avait-il des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de laconsultation(...)

0-Non 1-Oui

15 Conseils

Q91A-t-on donné des conseils ? (...)
0-Non 1-Sur le repos 2-Sur l'alimentation 3-Sur les IST/Sida

Q92Si autre, précision(...)

Q93A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'ils survenaient ? (...)

Q94Si oui, quels signes d'alerte ? (...)

16 Hygiène de la consultation

Q96Oui, est-il fourni par le centre ? (sinon, il s'agit du pagne de la femme) (...)

Q97Est-il différent des femmes précédentes ? (...)

Q98Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la gestante ? (...)

Q100Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ? (...)

Q101A la fin de la consultation, le praticien change t-il le matériel ? (...)

Q102Le matériel est-il correctement nettoyé ? (...)

Q103Le matériel est-il correctement désinfecté ? (...)

Q104Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? (...)

Q105Si oui, laquelle(...)

17-Conclusion

Q106Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? (...)

Q107Si oui, laquelle ? (...)

0= RAS 1=Classement dans un groupe à risque 2= Référence vers l'unité de gynécologie duCS Réf

Q108Le praticien a-t-il annoncé à la consultante la date probable d'accouchement ? (...)

Q109Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ? (...)

Q110Lui a-t-il dit où aller accoucher ? (...)

Q111Lui a-t-il dit pourquoi ? (...)

Q112Dire le résultat de l'examen à la gestante ? (...)

18- Opinion de la gestante sur la qualité des prestations et sur l'état des locaux

Q113 Etat des locaux :

Vieux sales (...); Vieux et propres (...); Récents et sales (...); Récents et propres (...)

Q114 Qualité des prestations

Très satisfait (...); Satisfait (...); Peu satisfait (...); Non satisfait (...)

Fiche signalétique

Nom : KUATE KADJE

Prénom : Christian

Titre de la thèse : Evaluation de la Qualité de la CPN recentrée dans les CSCom de la Commune II du District de Bamako.

Année universitaire : 2016-2017

Pays d'origine : République du Cameroun

Lieu de dépôt: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie et obstétrique ; urgences médico-chirurgicales ; anesthésie-réanimation ; santé publique

Résumé de la thèse:

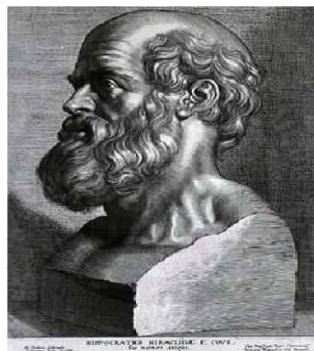
En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats « donner la vie en vie et sans séquelles graves » est le slogan de tout gynécologue obstétricien.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau actuel de la qualité de la CPN recentrée dans les CSCom de la commune II du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 06 décembre 2016 au 06 janvier 2017. A l'issue de cette étude, il ressort que :

- Les normes et procédures de la CPN étaient en majorité respectées par les prestataires ;
- Les moyens nécessaires pour une CPN de qualité étaient disponibles ;
- Les CPN ont toutes été effectuées par du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmières obstétriciennes) ;
- L'accueil des gestantes à la maternité était de bonne qualité ;
- Le déroulement de l'examen était fait selon les normes ;
- Les explications sur le plan d'accouchement étaient en majorité données par les prestataires ;
- La plupart des patientes était satisfaite des prestations ;
- La qualité de la CPNR dans les CSCom de la commune II a été classé niveau **III** c'est-à-dire **moyen** ;

Mots clés : évaluation, qualité, consultation prénatale recentrée.

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!