

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007- 2008

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT- UNE

N°...../

Thèse

EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le...../.....2008

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

par :

Mr SEYDOU NOUMAKAN SIDIBE

pour obtenir le Grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Professeur SY Aïda SOW

MEMBRES : Professeur Mamadou TRAORE

Docteur Binta KEITA

CO- DIRECTEUR : Docteur Youssouf TRAORE

DIRECTEUR de thèse : Professeur Amadou Ingré DOLO

DEDICACES

BISSIMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH le TOUT MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre Prophète MOHAMED ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail à :

Mon Père **feu Noumakan dit Tiemoko Oulé SIDIBE**

Grace à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté.

Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle.

Merci N'FA! Qu'ALLAH le TOUT PUISSANT t'accorde son jardin bénit.

Amen

Mes Chères Mamans : **Korika SIDIBE, Assa SIDIBE, Fanta SIDIBE, Sata SIDIBE et Doussou SIDIBE.**

Femmes croyantes, loyales, dynamiques, joviales, généreuses et sociables.

Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut.

Vous avez toujours su donner votre sein à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes afin que le bon DIEU m'apporte sa bénédiction. Que le bon DIEU donne encore longue vie ; car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et ma pensée.

Mon frère **Adama SIDIBE**, les mots me manquent pour te remercier car depuis la mort de notre regretté Père jusqu'à maintenant, tu as pris les pas de notre Père. Tu es le soutien et le guide de la Famille entière.

Egalement que tes femmes **Aminata CAMARA** et **Lafia KONE** reçoivent mes sincères remerciements pour leur collaboration, leur soutien et leur encadrement pour ma modeste personne.

Je souhaite à vous Tous une très longue vie et une parfaite santé.

Mon grand père **Ladji Bakary SIDIBE**, je te dis merci au nom de tous les élèves qui ont passé par l'Ecole Fondamentale de Siekorolé. Cette école fut entièrement rénovée et la construction de nouvelles classes par toi. Je te remercie également de m'avoir assisté pour la réalisation de ce travail.

Aux frères et sœurs : **Broulaye SIDIBE, Soumaïla SIDIBE, Bemba SIDIBE, Satigui SIDIBE, Drissa SIDIBE, Karim SIDIBE, Brehima SIDIBE, Seydou Koroba SIDIBE, Yacouba SIDIBE, Dramane SIDIBE, Abdoulaye SIDIBE, Harouna SIDIBE, Djeneba SIDIBE, Kadia SIDIBE, Sata SIDIBE, Minata SIDIBE, Tinè SIDIBE, Karia SIDIBE, Sabou SIDIBE** et **Maba SIDIBE**. Je leur dis merci.

Ma belle famille

Le mariage est un hasard, certes vous m'avez porté votre confiance en acceptant de me donner votre fille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères.

Ma femme **Bintou Naoua COULIBALY**, ce travail est le tien. Ton soutien moral et tes encouragements ne m'ont pas manqué tout le long de ce travail. Que DIEU te donne des enfants respectueux et obéissants.

Mes AMIS d'enfance, je citerai **Harouna SIDIBE, Dramane TRAORE** et **Cheick Oumar DEMBA** ; je vous dis merci pour tous les services que vous m'avez rendus.

Aux parents de mes homonymes, notamment **Siné SIDIBE**, **Madou KONE**, **Salif DOUMBIA** et **Bakary SIDIBE**.

Je leur remercie pour toutes leurs considérations à ma personne.

Aux parents des filles que j'ai donné en mariage : il s'agit de la famille **Michel SIDIBE**, la famille **Djedane KEITA** et la famille **Issa SIDIBE**.

Ce travail est le votre et merci de m'avoir placé votre confiance.

A la famille feu **Balla CAMARA** à Bougouni.

Merci de m'avoir hébergé durant mes années de Lycée. Vous m'avez donné le courage et la persévérance dans les études.

REMERCIEMENTS

A mon maître Dr TRAORE Boubacar :

Gynéco-Obstétricien

Chef de service du Centre de Santé de Référence de la Commune VI

Cher maître, votre rigueur sans aucune, votre souci constant du travail bien fait, votre faculté d'écoute, votre disponibilité et votre respect de la personne ont forcé notre admiration ; maître ouvert, travaillé à vos côtés a été une grande chance pour nous. Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres formateurs du CS Réf C VI, notamment **Dr Sylvain KEITA, Dr Sidibé Fatoumata MAGUIRAGA, Dr Sinayogo Kadiatou TOURE, Dr Traoré Aminata CISSE, Dr Dao Binta, Dr Mamadou DIALLO, Dr Pierre COULIBALY, Dr KEITA Mamadou.**

Merci pour l'encadrement.

Au personnel du CS Réf CVI, notamment à l'unité CPN de n'avoir ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.

A mes **Aînés**, aux Internes du CS Réf C VI de ma promotion : **Mounthaka Mamary KANE, Mariam DIANCOUMBA, Mountaga TOURE, Pierre Claver KAREMBERY, Boubacar DIASSANA, Sékou Sala KARAMBE, Babou TRAORE** ; et mes **Cadets**. Je vous en serai toujours reconnaissant.

A toutes les **sages-femmes** du CS Réf C VI pour leur collaboration.

A tout le personnel du **Cabinet Binky** : **Dr Adama DIAKITE, Mariam NIAKATE, Dr Danaya KONE, Dr Salif DOUMBIA, Dr Amos SIDIBE, Dr Alamako CAMARA, Dr Drissa DIARRA, Ami SAMAKE, Saran SAMAKE, Ami DOUMBIA, Mariam BAGAYOGO et Ramata.**

Pour l'accueil et l'encadrement, je vous en serai toujours reconnaissant.

A tout le personnel de l'**ASACONIA**, du **Cabinet NANDY**, de la **Mutuelle** à Kalaban Koro et de l'**ASACOFA** ; merci pour l'accueil, ce travail est le votre.

A mes **Amis Médecins** : il s'agit de **Dr Michel SANGARE**, **Dr Birama SANGARE**, **Dr Bourama BELEMOU**, **Dr Soumaïla DIAWARA**, **Dr Moro SIDIBE**, **Dr Seydou KANTE**, **Dr Bakary SIDIBE**, **Dr Mahamadou SIDIBE**.

A tous les **Etudiants en Médecine**, en particulier ceux ressortissants du **Wassoulou** dont je fus le 1^{er} secrétaire général de l'association. Ce travail est le votre.

A la famille **TRAORE** à Hamdallaye, qui m'a accueilli à bras ouvert et m'insérer au sein de la famille. Merci aimablement, ce travail est le votre

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur SY AÏDA SOW

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Présidente de l'Association Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendé et apprécié combien noble votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur MAMADOU TRAORE

Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique,

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la

Commune V,

Secrétaire Général Adjoint de la Société é Africaine de

Gynécologie Obstétrique (SAGO),

Membre du Réseau Malien de Lutte contre la Mortalité

Maternelle.

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

Médecin Gynécologue Obstétricienne,

Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DNS)

Cher Maître, nous sommes très honoré par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co-directeur

Docteur YOUSOUF TRAORE

Gynécologue Obstétricien

Médecin au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

Chargé de la PTME au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo- universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

Cher maître, la rigueur scientifique, la simplicité, la disponibilité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualité que vous incarnez, et font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Puisse Dieu vous garde en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur AMADOU INGRE DOLO,

Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique,

Chargé de cours de Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali (FMPOS),

Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Gabriel Touré,

Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO),

Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM).

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder la santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de Gynécologie Obstétrique.

ABREVIATIONS

- AG** : Age de la Grossesse
- Atcd** : Antécédents
- BCF** : Bruit du Cœur Fœtal.
- BW** : Borde Wassermann
- CCC** : Communication pour le Changement de Comportement
- CPN** : Consultation Prénatale
- CPS** : Cellule de Planification et de Statistique
- CSREF** : 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 de l'Accouchement
- DUREE DE LA CONSULTATION PRENATLE** : le temps mis pour une consultation prénatale
- ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines
- EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali
- FNUAP** : Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
- HTA** : Hypertension Artérielle
- HU** : Hauteur Utérine
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- MSSPA** : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées.
- NFS** : Numération Formule Sanguine
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences
- SP**: Sulfadoxine Pyriméthamine
- TA** : Tension Artérielle
- USA** : Unated State of America : Etats-Unis d'Amérique
- UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- VAT**: Vaccin Anti Tétanique
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| I- INTRODUCTION..... | 1 |
| II- OBJECTIFS..... | 4 |
| III- GENERALITES..... | 6 |
| IV METHODOLOGIE..... | 17 |
| V RESULTATS..... | 27 |
| VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS..... | 41 |
| VII CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 46 |
| VIII- REFERENCES..... | 51 |
| ANNEXES | |

INTRODUCTION

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 événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse [1]. L'OMS recommande au moins quatre consultations à intervalle régulier tout au long de la grossesse. [3]

Dans les pays industrialisés presque toutes les femmes reçoivent les soins prénatals de qualité soit 99% ; tandis que dans les pays en développement elles ne sont que 1%. [3]

En Afrique de l'ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack) a plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et qui ont montré que celles-ci étaient assurées à 94,6% par une sage-femme. A Bamako au Mali 86,5% des CPN sont faites par les sages femmes ; 2,8% par des infirmières et 1,6% par les médecins [4].

Le 10 décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (Création et opérationnalisation des structures de sante communautaires ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [3].

Par la suite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction. Selon ce concept, la qualité dans les soins consiste à appliquer les sciences de technologie médicale de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

Une enquête effectuée dans le district de Bamako en 1995 a révélé que sur un échantillon de 200 femmes enceintes, 56,7% ont fait trois examens au cours de leur grossesse (groupage rhésus, test d'Emmel, BW), 4,4% seulement ont bénéficié d'un bilan comportant une échographie [19].

Selon l’OMS, au Mali le pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN pour une raison liée à la grossesse par du personnel qualifié en soins obstétricaux est de 13% en milieu rural et de 83% à Bamako [3].

Les soins prénatals contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno- foetale.

Au cours de la période 1997- 2001, pour 57% des naissances la mère avait seulement bénéficié d’au moins une CPN d’un personnel formé.

Par contre, environ 3/5 naissances (61%) se sont déroulées à domicile et 2/5 naissances (41%) ont été assistées par du personnel de santé. Si dans

L’ensemble, la mise en œuvre de la politique de la santé de reproduction est jugé satisfaisante, les données que nous rapporte l’EDSM III 2001 énoncé ci dessus nous amènent à poser des questions sur les activités prénatales dans nos centres de santé.

Pourtant les décès et les handicaps pourraient être évités si les femmes suivaient régulièrement les soins avant et après l’accouchement.

Malgré la valeur et l’intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur la CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante [6].

Il a été établi qu’un suivi médical de la grossesse permettant de dépister et de traiter d’éventuelles complications ainsi qu’une surveillance obstétricale contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle. L’ensemble des femmes enceintes doit par conséquent bénéficier d’une surveillance prénatale et d’un suivi obstétrical de qualité ; celles qui y échappent peuvent représenter une population où les risques sont élevés. Malgré l’intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPN au Mali.

Beaucoup d’études ont été réalisées sur ce thème dans plusieurs centres de santé de référence du district de Bamako [9, 13, 15]. Mais aucune n’a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune VI d’où ce travail dont les objectifs ont été :

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer la qualité de la CPN dans le centre de santé de référence de la commune VI.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN dans le CSREF de la commune VI.
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

I-GENERALITES :

1- Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé politique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avait de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants.

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

aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

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

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant.[3].

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

Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. [7].

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

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

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [9].

2. Définitions :

2.1 L'évaluation :

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

2.2 La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [11].

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

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

- la relation soignant soignée (respect de la dignité humaine) ;
- la démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- la continuité des soins ;
- les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- l'autonomisation [10]

2.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

- *Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- *Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- *Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [9].

2-4 Politique et normes des services :

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

2.4 Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert. [5].

2.5 Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [5].

2.6 La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. [5].

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. [9]

2.8 Grossesse à haut risque :

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

2.9 La maternité sans risque :

C'est 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. [1]

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

2.10 La mortalité maternelle:

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. [7].

2.11 Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer. [7].

2.12 L'aire de santé ou secteur sanitaire :

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

2.13 La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources. [13].

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. [13].

2.15 L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement. [9].

2.16 Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence. [9].

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 [18].

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 [8].

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

1.1 La première CPN :

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

Elle comporte les temps suivants :

1.1.1 L'interrogatoire des femmes enceintes :

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

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

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

1.1.2 Examen physique :

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

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

1.1.3 Examens complémentaires :

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [14], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

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

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

1.2 La deuxième CPN :

Elle est faite pendant le deuxième trimestre.

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

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

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

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

1.2.2 L'examen:

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

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

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

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

1.3 LE DEPISTAGE DES GROSSESSES A RISQUE

1.3.1 Les facteurs de risque :

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

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

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

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

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

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

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

.L'intervalle inter gènesique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra-utérine, avortement à répétition, stérilité

secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle,)

.Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

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

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

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

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

1.4 POUR LES CONSULTATIONS ULTERIEURES :

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

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

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

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

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

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

1.5 SURVEILLANCE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS :

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

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé de référence de la commune VI

1-1- Présentation du centre de référence de la commune VI :

- **Historique :**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM, Niamakoro et Yirimadio qui en ont deux chacun.

Cette fréquentation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) et d'autre part le plus ancien centre de santé du district.

1. 2. Organisation du service :

1.2.1 Infrastructure du service

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire composé de :

- Deux salles d'opération,
- Une salle de réveil de 3 lits ,
- Une salle de préparation pour chirurgien
- Une salle de consultation pré anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation (dont une grande salle de 6 lits et une petite salle de 2 lits) et 2 salles de garde.
 - Un second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
 - Une unité de consultation prénatale.
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
 - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
 - Une unité ORL.
 - Une unité ophtalmologique.
 - Une unité odonto-stomatologique.
 - Un laboratoire.
 - Une salle d'injection.
 - Une salle de pansement.
 - Une unité PEV.
 - Une pharmacie pour médicaments génériques.
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant (un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène)
 - Une salle de consultation gynécologique.
 - Une salle de consultation pédiatrique.
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique de 3 lits.
 - Une unité de planning familial.
 - Une salle de réunion.
 - Des toilettes.

Ailleurs dans la cours, on a :

- Une maison pour le gardien.

- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

1.2.2 Situation du personnel :

| Qualification | Nombre |
|--|------------------------------|
| Médecin gynécologue | 2 |
| Médecin généraliste | 4 |
| Médecin chirurgien | 1 |
| Pharmacien | 0 |
| Médecin santé publique | 0 |
| Etudiants thésards | 22 |
| Radiologue | 0 |
| Médecin ophtalmologue | 0 |
| Infirmier diplômé d'Etat | 12 |
| Technicien de laboratoire | 3 |
| Infirmiers de premier cycle | 9 |
| Sages femmes | 27 |
| Infirmières obstétriciennes | 2 |
| Matrones | 4 |
| Techniciens spécialisés en santé mentale | 0 |
| Techniciens spécialisés en soins dentaires | 2 |
| Techniciens spécialisés en radiologie | 0 |
| Techniciens spécialisés en ophtalmologie | 2 |
| Techniciens spécialisés en ORL | 2 |
| Techniciens spécialisés kinésithérapie | 1 |
| Techniciens spécialisés en santé publique | 3 dont 2 assistants médicaux |
| Assistants médicaux | 10 |
| Techniciens sanitaires | 3 |
| Secrétaire dactylo | 1 |
| Gestionnaire | 1 |
| Comptable | 1 |
| Adjoint administratif | 1 |
| Gardiens | 2 |
| Chauffeurs | 5 |
| Chauffeurs mécaniciens | 0 |
| Aide soignant | 16 |
| Manœuvres + gardien | 9 |
| Total | 142 |

1.2.3 Composition de la maternité du centre de santé de référence de la commune VI

Elle est composée de :

- Unité gynécologique
- Unité CPN (consultations prénatales)
- Unité accouchement, suite de couches
- Unité PF (planning familial et consultations post natales)
- Unité chirurgie gynécologique
- Unité néonatalogie.

- ❖ Unité de consultation prénatale est dirigée par le chef d'unité et son adjointe, toutes deux assistées par cinq autres sages femmes, deux infirmières obstétriciennes, trois aides soignantes et des stagiaires (infirmières obstétriciennes) et infirmières.

Les cinq sages femmes font un système de rotation par semestre.

Tous les jours le travail est organisé de la manière suivante :

A 8 heures les infirmières obstétriciennes, les aides soignantes et les stagiaires prennent les constantes des gestantes.

A 8 heure 30 : les séances de ccc.

A 9 heures : commencent les CPN proprement dite. Elles font en moyenne 20 CPN par jour.

2. Les populations étudiées : il s'agit

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

3. Période de l'étude:

Elle s'est déroulée du 1^{er} Août au 31 Décembre 2006 soit 5 mois.

4. Echantillonnage :

4.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude :

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

4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire et les parturientes.
- Les personnels n'ayant pas assurés la CPN.

4.3. Technique et déroulement de l'échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons recruté 200 gestantes qui se sont présentées au CSREF CVI pour leur CPN.

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible)

Les gestantes ont été ensuite reçues isolément pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues.

5. Type d'étude:

Il s'agit d'une étude qualitative. Elle s'est inspirée de ce fait du postulat d'Adevis DONABEDIAN [11]. sur l'évolution de la qualité des soins et des services et comporte:

- une étude des structures
- une étude des procédures et résultats.

6. Critères de jugement

Nous nous sommes référés aux documents ci après :

- la politique sectorielle de santé.
- les normes et procédures en CPN.

7. Support des données ou instrument de collecte.

La collecte des données a été réalisée à partir de:

- un questionnaire « observation des CPN »,
- un questionnaire « opinion sur les CPN ».

Les questionnaires sont portés en annexe.

8. Technique de collecte:

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (sage femme et infirmières obstétriciennes) au cours de la CPN en notant la réalisation ou non des gestes techniques et dans un 2^{ème} temps à faire un entretien avec les gestantes de façon discrète.

9. Les variables étudiées

Les variables étudiées ont été:

- Pour les structures : elle est basée sur un recueil rétrospectif des données du service de gynécologie obstétricale du centre. Une description des capacités de production (locaux, équipements et des ressources humaines) ; une présentation du système de tarification des soins.

-Pour le niveau des CPN il s'agissait :

- des caractéristiques de la gestante;
- de la qualification de la personne qui a pris en charge la gestante;
- de l'accueil;
- de la quantième CPN ;
- de la réalisation des gestes d'examen cliniques ;
- des soins préventifs ;
- de la présence de facteurs de risque ;
- des prescriptions ;
- des relations humaines;
- des conseils à la gestante;
- des rendez- vous;
- de l'opinion de la femme sur la qualité des prestations.

- Pour l'analyse de l'opinion des prestataires:

Elle vient en complément de l'étude des procédures. Les gestantes ont été interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations.

10. Niveau de qualité de la structure:

Les références sont en rapport avec:

- ❖ Les normes architecturales
 - Matériaux de construction;
 - Etat du local;
 - Système de protection (contre la poussière) et la clôture.
- ❖ Le dispositif en place pour l'accueil
 - Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées;
 - Présence et qualification du personnel d'accueil;

- Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

- ❖ La structure et l'équipement de l'unité de consultation:
 - Structure de la salle.

 - ❖ L'existence et la fonctionnalité du laboratoire
 - Equipement ;
 - Personnel
 - Formation du personnel.

 - ❖ Le dépôt de médicament:
 - Normes architecturales;
 - Equipement;
 - Mode d'approvisionnement;
 - Formation du personnel.

 - ❖ Etat des toilettes:
 - Normes architecturales;
 - Equipement;
 - Propreté.

 - ❖ Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets:
 - Robinet ou puits;
 - Poubelles;
 - Incération.

 - ❖ Système d'éclairage et la communication:
 - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet;
 - Réseau public, groupe électrogène.

11. Système de classement :

Une cotation (0; 1) a été faite pour les critères identifiés plus haut. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le

maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 13 références est de 47. Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I en annexe.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit:

- ❖ Niveau: VI: 95 à 100% de score maximal 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 75% de score maximal soit un score de 20 à 37,99.
- ❖ Niveau I: <50% de score maximal soit un score total < à 20.

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'échelles:

- une première échelle où les CPN sont dites « 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 ont été classées en quatre niveaux de qualité:

- Elevé: 95- 100% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Assez élevé: 75,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Moyen: 50-74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Faible : moins de 50 % des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle s'est appliquée aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne qualité ou d'assez bonne qualité et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été:

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

- ❖ Niveau II : 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.
- ❖ Niveau I : < à 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

12. Définitions opérationnelles :

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 ou cinquième grossesse;

Grande multigeste= il s'agit d'une femme qui fait six grossesses ou plus

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 ou cinq fois.

Grande multipare== il s'agit d'une femme qui a accouché six fois ou plus.

RESULTATS

I. ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE

Tableau I : Niveau de qualité des structures au CSREF CVI

| Références | Niveau de la qualité | | | | Score | Observation |
|--|----------------------|---|---|---|-------|---|
| | A | B | C | D | | |
| 1. Normes architecturales | + | | | | 4 | Protection contre la poussière et les moustiques |
| 2. Dispositif d'accueil et d'orientation | | | | + | 1 | Dispositif du personnel assistant insuffisant |
| 3. Structure/équipement unité CPN | + | | | | 4 | Matériels techniques de bonne qualité |
| 4. Equipement de la salle d'attente | | + | | | 3 | Salle d'attente en contre plaque |
| 5. Unité d'hospitalisation Suite de couche | + | | | | 4 | 05 lits pour 2 salles de propreté, d'aération et de ventilation suffisantes |
| 6. Dépôt de médicaments ; norme architecturale et coût des médicaments | + | | | | 4 | Protection suffisante contre la poussière, Initiative de Bamako (IB) est appliquée |
| 7. Laboratoire/fonctionnalité | + | | | | 4 | Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage sang rhésus, GE, NFS, TE, Toxo |
| 8. Etat des toilettes | | + | | | 3 | Intimité respectée, propreté insuffisante |
| 9. Bloc opératoire | | + | | | 3 | Matériel technique complet, Absence de service de réanimation adéquat |
| 10. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets | + | | | | 4 | Existence d'un incinérateur, D'un réseau public déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical |
| 11. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire | | + | | | 3 | 08 lits pour 02 salles uniques Propre, ventilation et protection anti moustiquaire |
| 12. système d'éclairage | | + | | | 3 | Réseau public, Téléphone pour la réception, Ou groupe électrogène |
| 13. Unité annexe de consultation gynécologique | | | + | | 2 | Matériel complet Salle unique |

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

Score maximal (SC Max)=40

Niveau de la qualité :

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

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

Niveau 2 : 50-74% SC-Max soit moins de 20

Le centre est de niveau 4 c'est-à-dire que les références évaluées sont très satisfaisantes.

II. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau II : Répartition de la population selon l'âge

| Tranche d'âge | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| ≤18 ans | 33 | 16.5 |
| 19-24 ans | 68 | 33.5 |
| 25-29 ans | 58 | 29.0 |
| 30-34 ans | 20 | 10.0 |
| 35-39 ans | 21 | 10.5 |
| 40 ans et plus | 1 | 0.5 |
| Total | 200 | 100 |

La tranche d'âge de 19-24 ans était la plus représentée avec un taux 33,5% alors que les âges extrêmes étaient de 14 à 41 ans

Tableau III: Répartition de la population selon le niveau de scolarisation

| Niveau scolaire de la femme | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Non scolarisé | 116 | 58,0 |
| Primaire | 27 | 13,5 |
| Secondaire | 36 | 18,0 |
| Supérieur | 5 | 2,5 |
| Enseignement coranique | 16 | 8,0 |
| Total | 200 | 100 |

Les Non scolarisées étaient la plus représentée avec un taux de 58%. 95% (190/200) et 5% (10/200) étaient respectivement mariées et célibataires

Tableau IV: Répartition de la population selon la profession

| Profession | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Femme au foyer | 164 | 82,0 |
| Elève/Etudiante | 17 | 8,5 |
| Commerçante | 9 | 4,5 |
| Vendeuse | 1 | 0,5 |
| Autres | 9 | 4,5 |
| Total | 200 | 100 |

Les femmes au foyer étaient la plus représentée avec un taux de 82%

Tableau V: Répartition des gestantes selon la gestité

| Gestité | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Primigeste | 47 | 23,5 |
| Paucigeste | 75 | 37,5 |
| Multigeste | 43 | 21,5 |
| Grande Multigeste | 35 | 17,5 |
| Total | 200 | 100 |

Tableau VI: Répartition de la population selon la parité

| Parité | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|------------------|--------------------|
| Nullipare | 47 | 23,5 |
| Primipare | 41 | 20,5 |
| Paucipare | 61 | 30,5 |
| Multipare | 37 | 18,5 |
| Grande multipare | 14 | 7,0 |
| Total | 200 | 100 |

Les nullipares représentaient 23,5%.

Tableau VII: Répartition de la population selon les autres antécédents obstétricaux évoqués par les gestantes

| Antécédents obstétricaux | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Fausse couche | 6 | 3,0 |
| Césarienne | 3 | 1,5 |
| Antécédents de mort | 40 | 20 |

Sur les 40 cas de décès 6 (soit 15%) étaient mort-nés, 34 cas de décès infantiles. Aucun cas d'éclampsie ou de forceps n'a été constaté.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon les antécédents de pathologies médicales évoquées par les femmes

| Pathologies médicales | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Infection urinaire | 21 | 10,5 |
| HTA | 2 | 1,0 |
| Affection cardiaque | 1 | 0,5 |

Les infections urinaires étaient la plus représentée avec 10,5%. Les cas de diabète, de tuberculose, ou de drépanocytose n'ont pas été signalés.

Tableau IX : Signes recherchés par l'agent de santé

| Signes cliniques | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Recherche de signes fonctionnels | 200 | 100 |
| Recherche de signes physiques | 200 | 100 |
| Recherche de facteurs de risque | 200 | 100 |

Les signes recherchés étaient représentés à 100%.

Tableau X: Répartition de la population selon le moyen de transport

| Moyens de transport | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| Véhicule collectif | 139 | 69,5 |
| A pied | 35 | 17,5 |
| Véhicule personnel | 26 | 13,0 |
| Total | 200 | 100 |

Pour parvenir au centre de santé les véhicules de transport collectif étaient les plus usités (69,6%)

III. ETUDES DES PROCEDURES

III.1.Etude descriptive :

III.1.1.Données des CPN :

Tableau XI: Répartition de la population selon les conditions d'accueil

| Conditions d'accueil | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|------------------------------|--------------------|
| La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir | 198 | 99 |
| Salutations conformes aux convenances sociales | 198 | 99 |
| Manifestation d'intérêt pour la gestante | 6 | 3 |
| Salutations d'usage au départ | 195 | 97,5 |
| Bonne attitude envers la gestante | 200 | 100 |

Une bonne attitude a été observée envers les gestantes soit 100%.

Tableau XII: Répartition de la population selon qualité de l'accueil

| Qualité de l'accueil | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Mauvaise | 1 | 0,5 |
| Passable | 1 | 0,5 |
| Bonne | 75 | 37,5 |
| Très bonne | 123 | 61,5 |
| Total | 200 | 100.0 |

Un très bon accueil a été observé envers les gestantes soit 61.5%.

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon les signes fonctionnels évoqués au moment de la CPN.

| Signes fonctionnels évoqués | Fréquence (n=200) | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Vomissement | 152 | 76 |
| Vertiges | 102 | 51 |
| Ecoulement Vaginal | 95 | 47,5 |
| Fatigue | 78 | 39 |
| Fièvre | 67 | 33,5 |
| Palpitation | 11 | 5,5 |
| Oedème | 4 | 2 |
| Métrorragie | 2 | 1 |
| Perte liquidienne | 1 | 0,5 |

Les vomissements et les vertiges ont été les plus représentés des signes fonctionnels évoqués avec respectivement un taux de 76% et 51%.

Tableau XIV : Facteurs de risque retrouvés chez les consultantes

| Facteurs de risque | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---------------------------|------------------------------|--------------------|
| Grande multipare | 14 | 7 |
| Age<16 | 5 | 2,5 |
| Antécédent de mort-né | 6 | 3,0 |

Près du quart (25/200) des gestantes ont été déclarées à risque. La grande multiparité était le facteur de risque dominant avec un taux de 12,5%

Tableau XV: Répartition des prestataires selon la qualification

| Qualification | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Sage femme | 141 | 70,5 |
| Infirmière obstétricienne | 55 | 27,5 |
| Médecin | 4 | 2,0 |
| Total | 200 | 100 |

Plus de la moitié (70,5%) des CPN ont été effectuées par une sage-femme.

Tableau XVI: Répartition de la population selon la durée de la CPN

| Durée de la CPN | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|------------------|--------------------|
| 5-10 min | 28 | 14 |
| Plus de 10 min | 172 | 86,0 |
| Total | 200 | 100 |

La grande majorité (86%) des CPN s'est déroulée au delà de 10 minutes.

Tableau XVII: Répartition de la population selon le nombre de CPN

| Nombre de CPN | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| Une seule CPN | 75 | 37,5 |
| 2-3CPN | 107 | 53,5 |
| >3 | 16 | 9,0 |
| Total | 200 | 100 |

La plus grande partie des gestantes (soit 53.5%) avaient un nombre de CPN compris entre deux et trois.

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

| Histoire de la grossesse | Fréquence (n=200) | Pourcentage |
|--|------------------------------|--------------------|
| Détermination de l'âge de la grossesse | 83 | 41,5 |
| Détermination de la date probable d'accouchement | 77 | 38,5 |
| Détermination de la date des dernières règles | 45 | 22,5 |

Quarante un virgule cinq pourcent (41.5%) connaissaient l'âge de la grossesse.

Tableau XIX: Répartition des gestantes en consultation en fonction de l'âge estimatif de la grossesse selon leur opinion.

| Age de la grossesse | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| 1er Trimestre | 12 | 6,0 |
| 2e Trimestre | 90 | 45,0 |
| 3e Trimestre | 98 | 49,0 |
| Total | 200 | 100 |

Les gestantes ont été reçues au 3^{ième} trimestre soit 49 %.

Tableau XX: Répartition des gestantes selon le traitement préventif

| Traitement préventif | Fréquence (n=200) | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Fer | 195 | 97,5 |
| Acide folique | 193 | 96,5 |
| VAT | 132 | 66,0 |
| SP | 66 | 33,0 |
| Quinine | 5 | 2,5 |

Le fer venait en tête de file des médicaments prescrits (soit 97,5%) suivi de l'acide folique avec un taux de 96,5%.

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen clinique.

| Déroulement de la consultation | Fréquence | |
|---|------------------|--------------------|
| | (n=200) | Pourcentage |
| Appréciation des conjonctives | 200 | 100 |
| Toucher vaginal | 200 | 100 |
| Pesée | 200 | 100 |
| Recherche d'œdèmes et de boiterie | 200 | 100 |
| Recherche de boiterie | 200 | 100 |
| Mesure de la tension artérielle | 199 | 99,5 |
| *Mesure de la hauteur utérine | 153 | 81,4 |
| Explication du déroulement de la consultation | 181 | 90,5 |
| Examen au spéculum | 138 | 69,0 |
| Palpation de l'abdomen | 200 | 100 |
| Mesure de la taille | 189 | 94,5 |
| Aide à monter sur la table | 26 | 13 |
| *Auscultation des BDCF (n=183) | 138 | 69 |
| Examen pulmonaire | 4 | 2,0 |
| Examen cardiaque | 4 | 2,0 |

*Ces paramètres prennent en compte seulement les gestantes des 2 derniers trimestres selon l'âge théorique de la grossesse.

Tableau XXII: Répartition de la population selon les examens para cliniques demandés.

| Natures des examens para cliniques | Fréquence | |
|---|------------------|--------------------|
| | (N=200) | Pourcentage |
| Albumines sucres | 167 | 83,5 |
| BW | 126 | 63,0 |
| Groupage rhésus | 114 | 57,0 |
| Test d'Emmel | 110 | 55,0 |
| Test rapide VIH | 84 | 42,0 |
| Echographie | 60 | 30,0 |
| Sérologie toxoplasmose | 44 | 22,0 |
| NFS | | |

La recherche d'albumine et du sucre dans les urines était la plus sollicitée avec un taux de 83,5%.

Tableau XXIII: Répartition de la population selon qualité du respect de l'intimité du malade.

| Qualité du respect de l'intimité | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Passable | 1 | 0,5 |
| Très bonne | 199 | 99,5 |
| Total | 200 | 100 |

Le respect de l'intimité du malade a été total dans 99.5 %.

Tableau XXIV: Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du centre

| Choix du centre | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Connaissance d'un agent | 111 | 55.5 |
| Proximité du centre | 35 | 17.5 |
| Compétence du personnel | 46 | 23.0 |
| Sur conseil d'une connaissance | 6 | 3.0 |
| Bon accueil | 1 | 0.5 |
| Médicaments à bon prix | 1 | 0.5 |
| Total | 200 | 100 |

La connaissance d'un agent de santé a été le motif le plus évoqué dans 55,5% des cas.

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

| Etat des locaux et des toilettes | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|----------------------------------|----------------------|-------------|
| Etat des locaux : | | |
| - Vieux et sales | 133 | 66.5 |
| - Vieux mais propres | 66 | 33.0 |
| - Ne sait pas | 1 | 0,5 |
| Etat des toilettes : | | |
| Salles | 102 | 51.0 |
| Propres | 29 | 14.5 |
| Ne sait pas | 69 | 34.5 |

Plus de la moitié des gestantes attestent que les locaux et les toilettes sont sales avec des taux respectifs de 66,5 et 51%.

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène.

| Hygiène hospitalière | Fréquence (n=200) | Pourcentage |
|--|------------------------------|--------------------|
| A-t-il utilisé des gants ou un doigtier | 200 | 100 |
| Matériel change à la fin de la consultation | 200 | 100 |
| Matériel correctement nettoyé | 200 | 100 |
| Matériel correctement désinfecté | 198 | 99,0 |
| Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante | 200 | 100 |
| Faute d'hygiène | 3 | 1,5 |

Les mesures hygiéniques ont été respectées.

III.1.2.Résultats de la CPN :

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé.

| Conclusion de l'agent de santé | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Examen normal | 158 | 79 |
| Classement dans un groupe à risque | 42 | 21 |
| Annonce de la DPA | 70 | 35 |
| *Groupe à risque annoncé | 40 | 95,2 |
| *Proposition du lieu d'accouchement | 41 | 97,6 |
| *Explication de la proposition du lieu d'accouchement | 41 | 97,6 |

*Les questions en rapport avec les 42 gestantes classées à risque.

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon leur interaction avec les soignants.

| Impression des gestantes | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Satisfaction des consultantes | 199 | 99,5 |
| Attente confortable | 197 | 98,5 |
| Respect de l'intimité | 199 | 99,5 |
| Confidentialité | 200 | 100 |
| Agréable réception | 200 | 100 |
| Ordre de passage | 145 | 72,5 |

Une bonne interaction a été observée entre gestantes et soignants.

III.2. Etude Analytique :

Tableau XXIX: Répartition de la population selon la qualité du respect de la confidentialité

| Qualité du respect de la confidentialité | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------|-------------|
| Passable | 4 | 2,0 |
| Très bonne | 196 | 98,0 |
| Total | 200 | 100 |

La confidentialité a été respectée dans 98 %.

Tableau XXX: Répartition de la population selon qualité de l'examen physique

| Qualité de l'examen physique | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------|-------------|
| Mauvaise | 5 | 2,5 |
| Passable | 121 | 60,5 |
| Bonne | 74 | 37,0 |
| Total | 200 | 100 |

L'examen physique a été passable dans 60.5% des cas.

Tableau XXXI: Répartition de la population selon la qualité de la relation humaine

| Qualité de la relation humaine | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Passable | 3 | 1,5 |
| Bonne | 195 | 97,5 |
| Très bonne | 2 | 1,0 |
| Total | 200 | 100 |

La qualité de la relation humaine est jugée bonne soit 97.5 %

Tableau XXXII: Répartition de la population selon la qualité du respect physique et psychique du malade

| Qualité du respect physique et psychique | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Passable | 56 | 28,0 |
| Bonne | 131 | 65,5 |
| Très bonne | 13 | 6,5 |
| Total | 200 | 100 |

Une bonne observance du respect physique et psychique du malade a été observée soit 65.5%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.

1 Discussion de la méthodologie :

Notre étude rétrospective des données de la structure et prospective des observations et de l'opinion des consultations prénatales, s'est déroulée dans le CS Réf CVI du District de Bamako du 1^{er} Août au 31 décembre 2006 sur la qualité des CPN.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN [11]. Elle nous a permis :

- d'apprécier le niveau de qualité de la structure ;
- de situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la CPN.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté l'Unité CPN à cette période.

Dans la démarche méthodologique nous avons procédé au choix de variables discriminatoires. Il est à noter que si l'une de ces variables manque, elle met en cause la totalité de l'acte des soins prénatales du domaine défini.

C'est ainsi que le CSREF CVI a été situé par niveau de qualité et le repérage des problèmes à des niveaux différents de qualité. Nous avons noté entre autres le démarrage des CPN après le Staff de 8h30mn, le désordre lié au système de « Protège ».

2 Qualité des structures :

Nous avons les niveaux de qualité au nombre de quatre (Tableau I). Cette hiérarchisation a été faite selon la référence à laquelle un score a été attribué. Une observation a été faite pour chaque référence. Ainsi pour les normes architecturales le niveau de qualité des structures au niveau du CS Réf C VI a été noté score IV c'est-à-dire qu'il y avait une protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques. Nous notons également un équipement appréciable de l'unité d'hospitalisation, suites de couches (5 lits pour 2 salles), une bonne fonctionnalité du laboratoire, de la pharmacie et un système d'approvisionnement en eau et élimination de déchets.

Pour l'Unité de CPN le matériel était complet (pèse personne, toise, tensionmètre, ruban, stéthoscope obstétrical, gants, spéculum, table de consultation gynécologique). Cependant la salle de l'Unité CPN est faite de contre plaque, les toilettes sont sales. A l'analyse de notre structure le CSREF C VI a obtenu un score de 42 (niveau IV).

3 Caractéristiques sociodémographiques :

Les femmes au foyer représentent 82% dont la majorité étaient des non scolarisées (58%). Ce taux est supérieur à Goita N [9] et Konaté S [22] qui était respectivement 71,3% et 80%.

Les célibataires occupaient 5%, ce qui constitue un groupe à risque. Les parturientes étaient à 49% au troisième trimestre de leur grossesse.

Les CPN (86%) se sont déroulés à plus de 10 mn. Ce taux est supérieur a celui de Goita N [9] qui avait trouvé 17% en moins de 5 mn.

4 Etude des procédures :

Il découle de notre étude que la CPN était assurée dans 70,5% par les sages femmes « niveau IV », les infirmières obstétriciennes 27,5% « niveau III » et les médecins 2% « niveau I ».

L'auscultation pulmonaire et cardiaque n'a été effectuée que dans 2% des cas ce qui explique l'omission de certains gestes capitaux par les sages femmes. Toutes nos gestantes 100% ont bénéficié de pesée, au Toucher Vaginal et palpation de l'abdomen. La prise de poids est capitale car toute gestante ne doit excéder 2000g par mois.

L'appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal), au troisième trimestre de la grossesse (49% des gestantes).

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital, car permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Or nous savons que le bassin est un élément précieux du pronostic de l'accouchement. Cet examen est surtout négligé ou ignoré par la rapidité des gestes par des praticiennes.

Par rapport aux examens para cliniques ils jouent un rôle capital dans la détection des pathologies liées à la grossesse.

La plupart de nos gestantes ont bénéficié des examens complémentaires (Albumine sucre, BW, Groupage Rhésus, Test d'Emmel). Le test rapide VIH effectué après counseling (42%) est un test important car étant sur un terrain de statut inconnu.

L'Echographie, bien moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, n'a été demandée que dans 30% des cas, ce taux est identique à celui de Goita N [9] 29%.

Cet examen est indispensable pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit bénéficier au moins de trois échographies :

_ **Au premier trimestre** pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, préciser l'âge gestationnel, le nombre d'embryon, préciser la nature de l'œuf (grossesse molaire) et de son siège (grossesse extra utérine) [19].

_ **Au deuxième trimestre**, elle permet un examen minutieux de] tous les organes foetaux (étude morphologique).

_ **Au Troisième trimestre**, elle doit être demandée entre 30 et 35 SA, elle apprécie la biométrie fœtale, apprécier l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [19].

Ce faible taux pourrait être due aux conditions financières du couple.

Du point de vue opinion des gestantes :

_ La moitié des gestantes avaient affirmé que les locaux étaient vieux et toilettes sales contre 14,5% pour les toilettes propres.

_ 99,5% ont dit qu'elles étaient satisfaites des consultations et que leur intimité était respectée alors que la confidentialité et un bon accueil étaient totaux.

Toutes nos parturientes ont affirmé qu'un rendez vous leur a été donné et la majorité a reçu des informations sur la grossesse.

Néanmoins nous remarquons une opposition de l'opinion des gestantes et l'observation réelle. Le retard du démarrage des CPN surtout les Lundi au environ de dix heures (10h) à cause du compte rendu des activités du week-end, cela est source souvent de désordre et dispute entre les parturientes.

CONCLUSION

L'étude faite au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako du 01 Août au 31 Décembre 2006 a permis une analyse des structures, une observation des CPN et l'opinion des gestantes concernant la qualité des soins reçues.

1-Evaluation des structures:

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque que c'est «la structure qui offre des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique».

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de la commune VI est de niveau VI où les références sont satisfaites mais limitées par des problèmes d'infrastructures (salle de réanimation non équipée, une seule salle de 6 lits d'hospitalisations).

2 Evaluation des procédures:

Notre étude a également révélé que la CPN au niveau du CSREF C VI était assurée à 70,5% par les sages femmes.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle que le respect physique et psychique du malade était bon soit 65%.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité était très bon avec respectivement 99,5% et 98%.

Le bilan prénatal: ce bilan était demandé seulement pour l'albumine sucre, les BW, les groupages rhésus, test d'Emmel, test rapide VIH, échographie.

Nous notons qu'il n'y avait pas de collaboration étroite entre la sage femme et le médecin (gynéco- obstétricien) pour la prise en charge des gestantes ayant certains facteurs de risques tels que: HTA, antécédent de mort-nés, utérus cicatriciels.

Aux termes de cette étude nous avons remarqué que sur le plan structurel le CSREF C VI est de niveau IV mais des lacunes ont été observées sur le plan des procédures.

A la suite de ces remarques, nous nous proposons de faire certaines recommandations non seulement aux autorités, mais surtout aux prestataires et aux bénéficiaires afin que le CSREF de la commune VI puisse répondre aux normes et procédures en vigueur.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'adressent:

1-Aux personnels de santé:

- Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire que l'examen physique.
- Améliorer la qualité des CPN en vue de détecter les grossesses à risques.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains après chaque examen, et en étalant un tissu à chaque examen.
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le terme« protégé ».
- assurer une collaboration étroite entre les sages femmes et le médecin (gynéco obstétricien) en associant ce dernier aux prises de décisions,
- insister lors des séances de la CCC portant sur:
 - ❖ Le planning familial,
 - ❖ Les facteurs de risques
 - ❖ Les avantages de la CPN.
- respecter l'ordre de passage des gestantes

2- Aux autorités sanitaires et politiques:

- Assurer une formation continue du personnel sanitaire en matière de CPN.
- Limiter la CPN au seul personnel qualifié (médecin, sage femme).
- Améliorer la connaissance des femmes sur la contraception et multiplier les services mis à leur disposition dans ce domaine.
- Sensibiliser les parents sur l'inconvénient des mariages précoces.
- Rendre disponible et gratuit certains examens complémentaires notamment : le dosage des albumines et du sucre dans les urines, groupage rhésus
- Doter le laboratoire du CSREF en matériels et réactifs pour la réalisation des différents bilans prénatals à moindre coût
- Allouer de nouveaux locaux construire à l'Unité CPN,
- Instituer un réseau de communication entre les CSCOM de la commune et le CSREF pour une meilleure prise en charge des références.

3- Aux populations:

- Prendre plus conscience de leurs rôles dans l'amélioration de leurs états de santé.
- Respect mutuel envers le personnel soignant.
- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez vous.

VIII- REFERENCES

- 1- OMS** : Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} éd. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P : 16.
- 2- Maguiraga M** : Etude de la mortalité maternelle au Mali : Causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse méd. 2000-M-110.P...
- 3- O.M.S** : Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.
- 4- Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest** : Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack (nov. 1997) OMS bureau Afrique. Division santé de la famille.
- 5- Anonyme** : Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale .Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; 2005.
- 6- Source d'information DNSI-CPS/MSSPA** : Information générale sur les données des communes du district de Bamako. Année 2003.
- 7- 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, médecine sciences, 1995.1584
- 8- OMS. (Chronique)** : Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202(Genève 1986)
- 9- Goita N** : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. These med. 2006. M 210. 102 P.
- 10- Feuerstein MT**: Furning the Tide Safe Mother Lood. A districtation manual. London Mc Millan 1993.
- 11- Donabedian A**: Exploration in assessment and monitoring, vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment .Health administration. Press, An Arbor, Michigan. 1980.
- 12- Drabo A** : Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 25cas. Thèse de médecine 2000 M 07 ; 131 pages. 25cas. Thèse de médecine 2000 M 07 ; 131 pages.
- 13- 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.

These med. Bamako 2003. M 64.103 P.

14- Division santé familiale : Programme de santé familiale. Plan quinquennal .1988-1992. Mali décembre 1987.

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

16- Kamissoko. M : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse méd.: Bamako, 2004,-59 P-87.M 87.

17- O.M.S : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde Mars- Juillet 1992-N° 8-12P.

18- Merger R, Levy J, Melchior J : Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris .Masson .1995. ; 597 P- P71.

19- 15-Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondial : Réduire la mortalité maternelle/ OMS et col. Genève, OMS, 1999. -45 P ; 21cm.

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

21- Koita M : Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako Thèse de Médecine 2001. M 41.129 P.

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

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

24- Angoulvent P : La grossesse .Collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.

25- Direction de la santé de la commune urbaine de Niamey : Qualité des soins « Projet de santé urbaine » district sanitaire Niamey. Commune I, II, III, Novembre 2000.

26- UNICEF/OMS/FNUAP : Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005.
Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000

27- Hart. R.H, Belsey M A, Tarino E : Intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaire. Considération pratique.

28- Bernard et Geneviève (P) : Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Harmattan, Paris, 1984

29- Ogga A ; Diarra A J ; Kouadio K L : Evaluation de la situation sanitaire dans une région du centre Nord de la Cote d'Ivoire en 1994. Revue de médecine d'Afrique noire n°07.

30- OMS : Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} édition. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF avril 1996 ; Genève. P : 16.

31- Diarra M G : Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de référence de la commune du district de Bamako du 09 novembre au 09décembre 2004. Thèse méd. Bamako-05-M-154-p 106.

32- Ahmed Sidi Mohamed Ould: Evaluation de la qualité de l'accouchement au centre de santé communautaire ASACODOU de Doumanzana en commune II du district de Bamako. Thèse-méd.-Bko-05-M-202-p 109.

33- OMS : Série de rapport technique 780(1989) : Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaires. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.

34- Coordination : Thoulon J M, Puech, Boog : universités Francophones obstétrique Ellipses au Pelf/Uref. 1995(p ; 867).

35- Monographie du District de Bamako Novembre 1994 : Gouvernorat du District de Bamako cellule technique. Mission Française de coopérative et d'action culturelle au Mali projet fac n°1152/CD/92.

36- Sankale M et Mazer A : Guide médicale de la famille Afrique et Océan Indien. 1991. France EDICEF, P : 143.

37- M.S.F : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er}éd Hatier. Paris, 1992 ; P : 222.

38- De Ferrati D : Le financement des services de santé dans les pays en voie de développement. Un appel au réalisme. Forum mondial de la santé. Pages 115-123 ; 1985.

39- Sacko M : Evaluation de la surveillance prénatale dans le District de Bamako république du Mali. Thèse de Doctorat de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris) spécialité santé publique et pays en voie de développement 02 mars 1988 N° 68.

- 40- Cleone R :** Soins prénatals de santé maternelle. Etude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé de la famille OMS (W.H.O./M.S.M./92-4).
- 41- Boire M :** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux : médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine 2000. M 69 ; 79 pages.
- 42- Forum L ; Fayomi E B ; Zohoum T H :** Santé mère/enfant au Benin réalisation et déficit. Revue de médecine d'Afrique noire n°02 Février 1998.
- 43- Cellule de planification et de statistique :** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000
- 44- Surveillance échographique de la grossesse :** DMC obstétrique (B. SEGY) ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. Malouine SA. Editeur 27, rue de l'école de médecine 75.000 Paris, page 67.
- 45- CROCEP** (comité régional d'orientation, de coordination et dévaluation des programmes de développement socio sanitaire) : Bilan d'activités 2006 et plan d'opération 2008, Commune IV. District de Bamako. Edition Mars 2007.
- 46- Berthe A :** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du District de Bamako. Thèse de Med 2004. M. 87. 59 Pages

Fiche signalétique

Nom : Sidibé

Prénom : Seydou Noumakan

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

Année : 2006_2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre travail a pour objectif d'évaluer l'état actuel de la qualité des CPN au CSREF C VI du District de Bamako, de décrire les caractéristiques de la CPN et sociodémographique. De la nous notons la performance des prestataires et la compliance des gestantes.

Le CSREF C VI effectue une référence satisfaisante (niveau IV). La chaleur humaine est beaucoup conservée comme en témoignent la dimension humaine, le respect, la confidentialité et de l'intimité attribuant le CSREF C VI de niveau IV.

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

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

FICHE D'ENQUETE

A- OBSERVATION DES CPN

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

Q11 Date d'observation.....

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

Caractéristiques de la gestante(si demandées)

Nom..... Prénom.....

Q3 Age (ans)

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

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

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

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

Q8 Résidence

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

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

1 oui 2 non 3 si oui quel facteur ?

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

Q11 Nombre de CPN réalisées

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge les gestantes

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

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

Accueil

Q14 Langue de communication 1 Français 2 Bambara, Autre

Q15 Consultante comprenait elle la langue 1 oui, 2 non

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

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales 1 oui ,2 non

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

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

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

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

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

5 autres

Q22 Distance parcourue pour venir au centre km

Antécédents obstétricaux

Q23 Gestité 1oui, 2 non R

Q24 Parité 1 oui, 2 non R

Q25 Fausse couche 1 oui, 2 non R

Q26 Vivant 1 oui 2 non R

Q27 Mort nés 1 oui 2 non R

Q28 Décédés 1 oui 2 non R

Q29 Causes des décès 1 oui 2 non

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

Q31 Césarienne 1 oui 2 non R

Q32 Forceps, ou Ventouse : 2 non R

Q33 Eclampsie oui 2 non

Q34 Autres

Antécédents Médicaux

Q35 Infection urinaire 1=oui 2=non R

Q36 HTA : 1=oui 2=non R

Q37 Diabète 1=oui 2=non R

Q38 Affection cardiaque 1=oui 2=non R

Q39 Tuberculose 1=oui 2=non R

Q40 MST 1=oui 2=non R

Q41 Drépanocytose : 1=oui 2=non R

Q42 Autres : 1=oui 2=non R

Q43 Si Autres précision :

Détermination de la date d'accouchement :

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

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

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

Déroulement de la grossesse

Q47 Fièvre : 1=oui 2=non R

Q48 Vomissement 1=oui 2=non R

Q49 Fatigue 1=oui 2=non R

Q50 Vertige 1=oui 2=non R

Q51 Survenue des palpitations 1=oui 2=non R

Q52 Survenue des dyspnées 1=oui 2=non R

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

Q54 Survenue d'œdèmes : 1=oui ; 2=non

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

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

Q57 Métrorragie 1=oui ; 2=non R=

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

Hygiène de vie pendant la grossesse

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

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

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

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

Examens cliniques :

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

Q64 Pesée : 1=oui 2=non R=

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Examen para clinique

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

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

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

Vaccination

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

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

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

Prescription

Q88 une prescription a-t-elle été faite : 1=oui ; 2=non

Relations humaines

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

- Q91 Attitude envers la gestante 1=Bon comportement ; 2= Mauvais comportement
- Q92 Manifestation d'intérêt pour la consultation 1=oui ; 2=non
- Q93 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? : 1=oui ; 2=non
- Q94 pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ? : 1=oui ; 2=non
- Q95 A-t-il demandé à la consultation de revenir ? : 1=oui ; 2=non
- Q96 Lui a-t-il précisé quand : 1=oui ; 2=non
- Q97 présence de tierce personne pendant la consultation : 1=non ; 2=oui
plusieurs sages femmes 3=oui d'autre membre du personnel 4= oui , par des accompagnants ; 5=oui ; d'autres personnes(à préciser).....
- Q98 Nombre total de personnes dans la salle :
- Q99 y a-t-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation 1=oui ; 2=non

Conseils

- Q100 A-t-on donné des conseils : 1=non ; 2=Sur le repos ; 3=alimentation
4=planning familial ; 5=MST/SIDA ; 6=Autres.....
- Q101 A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'il survenait : 1=oui ; 2=non
- Q102 Si oui quels sont les signes d'alerte : 1=Métrorragie ; 2=Douleur abdominale intense ; 3=perte liquidienne ; 4=Autre (à préciser)

Hygiène de la consultation

- Q103 un tissu est-il posé sur table d'examen ? 1=oui ; 2=non
- Q104 Si oui est-il fourni par le centre ? 1=oui ; 2=non
- Q105 est-il différent des femmes précédentes : 1=oui ; 2=non
- Q106 le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante ? 1=oui ; 2=non
- Q107 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier : 1=oui ; 2=non
- Q108 A la fin de la consultation le matériel est-il changé ? 1=oui ; 2=non
- Q109 le matériel est-il correctement nettoyé ? 1=oui ; 2=non
- Q110 le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui ; 2=non
- Q111 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1=oui ; 2=non

- Q112 Si oui laquelle ? 1=Matériel Souillé ; 2=Autre

Conclusion

- Q113 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? Si oui laquelle ? 1=RAS ; 2=Classement dans un groupe à risque ; 3= Référence vers un autre établissement.
- Q114 Référence vers un autre établissement : 1=oui ; 2=non
- Q115 Non de l'établissement de référence.....
- Q116 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1=oui ; 2=non
- Q117 Si elle appartient à un groupe à risque le lui a-t-il annoncé ? 1=oui ; 2=non
- Q118 Lui a-t-il ou aller accoucher ? 1=oui ; 2=non

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

B- Opinion sur les CPN

Examen du carnet de grossesse :

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

1. Terme de la grossesse

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

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

2. Modalité du transport.

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

5= autres(à préciser) :.....

3. Critères de choix du centre :

Opc5 pourquoi avez vous choisi ce centre ?

1= parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4= parce que le personnel est compétent

5= parce que le personnel est accueillant

6= parce que les tarifs sont peu élevés

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

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

9= autres raisons :

Opc6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ? : 1= oui ; 2= 3= oui, plusieurs fois

Opc7 pour quelles raisons ? : 1= consultation médicale ; 2= consultation prénatale ; 3= accouchement ; 4= autres (à préciser).....

Opc8 L'ordre de passage a- t- il été respecté ? : 1= oui ; 2= non

Opc9 Comment étiez vous installée pendant l'attente ? : 1= inconfortablement ; 2= confortablement ;

Opc10 Y avait- il des toilettes accessibles dans le service ? : 1= non ; 2= oui ; 3= oui, mais salles ; 4= oui, et propre ; 5= ne sait pas

Opc11 Avez vous trouvé l'attente longue ? 1= oui ; 2= non

Opc12 la personne qui vous a reçu a-t-elle été ? : 1=agréable ; 2=désagréable

Opc13 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ? 1=oui ; 2=non

Opc14 Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical) : 1= oui ; 2= non

Opc15 votre intimité a-t -elle été respecté ? : 1= oui ; 2= non 3= si non pourquoi ?.....

Opc16 comment avez trouvé les locaux ? 1= vieux et sales ; 2= nouveaux mais sales ; 3= vieux mais propres ; 4=nouveaux et propres

Opc17 Avez vous été satisfaite ? 1= oui ; 2= non
3= si non pourquoi ?.....

Opc18 s'agit-il de votre première CNP ? 1= oui ; 2= non

Opc19 Si non avez consulté la première fois ? :
1= dans le service prénatal d'un autre établissement ; 2=dans ce même service

Opc20 pourquoi avez vous changé de service prénatal ?

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

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

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

4= j'ai déménagé ; 5= autre , expliquer :.....

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

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

OPC23 si oui lesquels ? 1= NFS ; 2= Taux d'hémoglobine 3= groupe ; rhésus ; 4= BW ; 5= HIV ; 6= Toxoplasmose ; 7=Test d'Emmèle ; 8= échographie

Opc24 si oui , a-t-on expliqué pourquoi ? : 1=oui ; 2= non

Opc25 Avez vous l'intention d'effectuer ces examens para clinique ?

1= non ; 2= oui, certains ; 3= oui, tous

Opc26 si non pourquoi ?.....

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

4= Autres(à préciser) :.....

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

Opc 30 comment devrez vous procurer de ces médicaments ? :

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

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

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

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

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

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

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

5= Césarienne prophylactique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !

