

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°

THESE

**Évaluation de la qualité des
consultations prénatales au Centre de
Santé de Référence (CSREF) de la
Commune V de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement 15/11/2023 devant la faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie.

Par: M. Ousmane SISSOKO

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président	M. Alkadri DIARRA	Maitre de conférences agrégé
Membre	M. Alassane TRAORE	Maitre de conférences
	M. Saoudatou TALL	Maitre de recherche
Co- Directeur	M. Saleck DOUMBIA	Médecin
Directeur	M.Soumana Oumar TRAORE	Maitre de conférences agrégé

**DEDICACE ET
REMERCIEMENTS**

DECICACE

A ALLAH

Louange à ALLAH Le tout puissant, l'omniscient, l'omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

Nous rendons également grâce à son Prophète Mahomet (Paix et Salut sur Lui).

A mon père Sissoko Oussouby

Cher père, je te dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon l'éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

A ma mère Sidibe Oumou

Chère mère vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

A tous mes frères et sœurs :

Merci pour vos soutiens moraux et matériels. Vous avez été toujours présents à mes cotes même dans les moments difficiles. Soyez assurés que je vous serai éternellement reconnaissance travail est le vôtre. Puisse Allah l'omnipotent perdurer entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

A mes amis :

Vous avez été plus que des amis. Je garde de vous l'image des frères. Je me souviendrai toujours des moments durs et agréables vécus ensemble. Je demande au tout puissant de renforcer davantage notre amitié et de réalisera tous nos vœux. Bonne chance et courage !

REMERCIEMENTS :

A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMOS :

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

Au Pr Alkadri Diarra,

Merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

Mes chers maîtres formateurs:

Pr Soumana O. Traore, Dr Oumar M. Traore, Dr Sylla Niagalé, Dr Doumbia Saleck, Dr Tall Saoudatou, Dr Kouyaté FA Issif, Dr Diakité Nouhoum, Dr Traore Mahamadou, Dr Camara Aboudou, Dr Kokena Oumar, Dr Tamboura Belco. La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite dans toutes vos entreprises.

A mes aînés : Dr Diawara Moussa, Dr Maiga Issa, Dr Goita Adama, Dr Camara Wally, Dr Modibo Malle. Merci pour l'encadrement et la formation dans les activités quotidiennes du service. Je ne vous oublierai jamais. Vous avez été des bons aînés et à vos cotes je ne me suis jamais ennuyée. Je vous remercie infiniment.

Je remercie particulièrement Dr Issa Diallo et Dr Sogodogo Dramane : mes chers amis, les mots me manquent pour vous attribuer. Merci pour votre aide et votre disponibilité durant tout le long de ce travail. Qu'Allah vous récompense. Amen !

A tous mes cadets du centre.

Merci infiniment, patience, courage et persévérance.

A mes amis médecins et internes du CS Réf CV

A tous les DES, les internes, les sages-femmes et les infirmières du service de gynécologie obstétrique du Cs réf CV et particulièrement à mon équipe de garde :

Dr Kassoum Bakayoko, Dr Ousmane Dembélé, Dr Adama Sissoko, Dr Gano Djeneba, Alou Bakayoko, Djibril Diakité, Doumbo Mamadou, Yomane Jean Romuald, Nana Fatoumata Touré, Korotimi Diarra, Dr Korotoumou Sidibé, Camara Lassine, Sanata Sogoba, Salimata Coulibaly, Affo Gakoye et a toutes les stagiaires(rotateurs et externes)particulièrement à mon équipe. Merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ces stages internes.

Aux sages-femmes et infirmières de l'unité consultation externe gynécologie du CS Réf CV du District de Bamako : Plus particulièrement à Mme Bah Hawa SY et ma fille Mme Sokona Atou TOURE

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako.

Merci pour les conseils.

Aux aides du bloc du CS Réf CV du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérisent force l'admiration. Sincère remerciement à vous.

**HOMMAGE AUX MEMBRES DE
JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

Professeur Alkadri DIARRA

- **Professeur agrégé d’Urologie- Andrologie de la FMOS ;**
- **Chirurgien Urologue-Andrologue au CHU Luxembourg ;**
- **Pédagogue médical diplômé de l’université de Bordeaux 2/ France ;**
- **Communicateur médical diplômé de l’université de Bordeaux 2/France ;**
- **Professeur Agrégé du CAMES ;**
- **Président du Conseil national de l’ordre des médecins ;**
- **Président de la commission médicale d’établissement au CHU Luxembourg.**

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l’honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre bonne humeur, votre désir de vouloir toujours l’excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ **Gynécologue - Obstétricien**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**
- ✓ **Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher Maître,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Saoudatou TALL

- **Gynécologue obstétricienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V**
- **Praticienne Hospitalière au Centre de Santé de Référence de la Commune V**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique**
- **Maitre de Recherche au Centre de Santé de Référence de la Commune V**

Cher maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés.

Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Docteur Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue – Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- **Détenteur d’un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d’un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d’un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie -
Biostatistique à l’Institut Africain de Santé Publique de
OUAGADOUGOU**

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l’expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soumana Oumar Traoré

- **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS;**
- **Praticien Hospitalier au CSREF CV ;**
- **Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako**
- **Certifié en programme GESTA Internatinal (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

AG	Age Gestationnel
AI	Albumine
ATCD	Antécédent.
BCF	Bruits du Cœur Fœtal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
BIP	Bipariétal
BW	Bordet - Wassermann.
Cp	Comprimé.
CPN	Consultation Pré Natale
BPN	Bilan Pré Natal
CS Réf	Centre de Santé de Référence.
CCC	Communication pour le Changement de Comportement.
ANDEM	Agence National pour le Développement de l'évaluation Médicale
ONU	Organisation des Nation Unies
CV	Commune V
CSCOM	Centre de Santé Communautaire.
DAT	Département Anti Tuberculeux.
DCI	Dénomination Commune Internationale.
DDR	Date des Dernières Règles
DFP	Disproportion Fœto-Pelvienne
DNSI	Direction Nationale des Statistiques et de l'Information.
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle.
DV	Dépôt de Vente.
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines.
EDS	Enquête Démographique et de Sante.
FFI	Faisant Fonction d'Interne

DES	Diplôme d'Etudes de Spéciales
Hbts	Habitants.
Hb	Hémoglobine
HCG	Human Chorionic Gonadotrophic
HIV	Human ImmunoDeficiency Virus.
HRP	Hématome Rétro Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle.
HU	Hauteur Utérine.
IEC	Information Education Communication.
LA	Liquide Amniotique.
LCC	Longueur Crânio-Caudale.
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ORL	Oto Rhino Laryngologie
PEV	Programme Elargi de Vaccination.
PF	Planification Familiale.
PMA	Paquet Minimum d'Activité.
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PO	Périmètre Ombilical
TP	Terme Probable
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant.
RAS	Rien A Signalé
RDV	Rendez-Vous
SA	Semaine d'Aménorrhée.
SFA	Souffrance Fœtale Aigue
TA	Tension Artérielle
TV	Toucher Vaginal

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Niveau de la qualité des structures au csref cv. 40

Tableau II : Répartition des gestantes selon l'âge..... 42

Tableau III : répartition des gestantes selon la profession 42

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction 43

Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial 43

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la profession du conjoint 44

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la résidence..... 44

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon le nombre des CPN effectuées.. 45

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction des rendez-vous 45

Tableau X : répartition des gestantes en fonction de la durée de la c.p.n. 46

Tableau XI: Répartition des gestantes selon les différentes conditions d'accueil.
..... 46

Tableau XII: répartition des gestantes selon le respect de leur intimité. 47

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la qualification des prestataires. 47

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon la transcription des informations
personnelles du couple dans le carnet de CPN..... 48

Tableau XV : Répartition des gestantes selon que les parties antécédentes soient
ou non renseignées 48

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la recherche des facteurs de risque
au 1er trimestre 49

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon la recherche des facteurs de
risque au 6^{ème} mois (au 2^e trimestre) 50

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon les facteurs de risque au 8^{ème} et
9^{ème} mois de grossesse 51

Tableau XIX: Fréquence des gestantes selon les paramètres de la CPN du 1er
trimestre 52

Tableau XX: Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes
liés à l'hygiène lors de la CPN. 53

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de
l'examen. 54

Tableau XXII: La qualité des rapports entre gestante et prestataire. 54

Tableau XXIII : répartition des gestantes en fonction des critères évoqués par le
choix 55

Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon que le résultat du bilan prénatal.
..... 56

Tableau XXV: Répartition des gestantes selon les soins préventifs 57

Tableau XXVI : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante
soignant..... 58

Tableau XXVII: Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour venir	58
Tableau XXVIII: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques	59
Tableau XXIX: Répartition des gestantes en fonction de fréquentation antérieure	60
Tableau XXX: Répartition des gestantes en fonction du motif de la fréquentation antérieure.	60
Tableau XXXI: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.....	61
Tableau XXXII: Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque.	62
Tableau XXXIII : Distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patiente- soignant.	62
Tableau XXXIV: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune V sur le plan de la qualité du «respect physique et psychique du malade » ; «du respect de l'intimité» et «du respect de la confidentialité de l'examen» des gestantes.	63

Liste des figures

Figure 1 : Table gynécologique.....	16
Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope	16
Figure 3 : Table d'accouchement	17
Figure 4 : Lampe d'éclairage	17
Figure 5 : Stéthoscope de pinard	18
Figure 6: spéculum	18
Figure 7 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako	24

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
2	Objectifs	5
2.1	Objectif général	5
2.2	Objectifs spécifiques.....	5
3	Généralités	7
3.1	Historique de la consultation prénatale :	7
3.2	La consultation prénatale.....	10
4	Méthodologie	22
4.1	Lieu d'étude :.....	22
4.2	Composition de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V:	22
4.3	Fonctionnement	25
4.4	Population d'étude	29
4.5	Période et durée de l'étude	29
4.6	Type d'étude	29
4.7	Critère d'inclusion	29
4.8	Critères de non inclusion	30
4.9	Taille de l'échantillon.....	30
4.10	Collecte des données :	30
4.11	Techniques de collecte :.....	30
4.12	Les variables étudiées :.....	30
	L'analyse de l'opinion des gestantes	31
4.13	. L'organisation des enquêtes :	31
4.14	.Plan d'analyse et de traitement des données :	31

4.15	Considérations éthiques :.....	32
4.16	Niveau de qualité de la structure :	32
4.17	Système de classement	33
4.18	Définitions opérationnelles.....	35
5	Résultats.....	38
6	Discussions	65
7	Conclusion et recommandations.....	72
8	Références	75
9	Annexes	79

INTRODUCTION

1 Introduction

« La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bamanan. Si le suivi de la première n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement du deuxième est un passage forcé du moins souhaité par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles. En Afrique, un enfant est un critère de valorisation sociale pour toute femme. Chaque jour au moins 1.600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [1]. Un quart des femmes souffrent toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements (fistule vesicovaginales). En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la C.P.N et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme. Exemple à Bamako (Mali) : 86,5% par les sages-femmes ;2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins [2]. Au Mali les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins sont très limités : en 1999 l'évaluation de la qualité de la C.P.N effectuée par Koita [3] dans les communes V et VI du District de Bamako a montré que les services souffraient de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés aussi de la très faible productivité du personnel et le manque de formation permanente [3].

En 2001 une étude faite par Konaté sur la qualité des C.P.N au Centre de Santé de Référence de la commune II a révélé que les C.P.N souffraient de certaines insuffisances comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la continuité des soins et l'autonomisation de la femme enceinte et un faible équipement de l'unité de la C.P.N [4].

Au Mali, de nombreux efforts ont été faits pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de :

- La gratuité de la césarienne depuis 2005
- La promotion de la contraception
- Le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence,
- La formation du personnel socio-sanitaire pour offrir un service de qualité ;
- L'établissement des normes et procédures des services pour l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant ;
- L'existence de la couverture sanitaire, le renforcement de la performance des services de santé ;
- La lutte contre la pauvreté, l'exclusion et le développement de la participation communautaire.

Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs ci-après [6] :

- Taux de mortalité maternelle : 325 pour 100.000 naissances vivantes
- Taux de mortalité néonatale : 71,57 pour 1000, 14
- Taux de mortalité infantile 133,76 pour 1000,
- Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000,
- Taux de mortalité juvénile : 131,86 pour 1000,
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 242,23 pour 1000.

Devant ces chiffres accablants, nous nous sommes interrogés sur les causes de la persistance d'un tel phénomène.

C'est ainsi qu'on a pensé que la qualité des soins dispensés aussi bien pendant la grossesse que pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important. Au Mali, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la qualité de la surveillance prénatale [3] [4] des soins procurés pendant l'accouchement [5]. On sait que la qualité de la consultation prénatale est un paramètre important et essentiel pour une issue favorable de la grossesse. C'est ainsi que nous avons initié ce travail pour évaluer la CPN au CSRef de la commune V.

OBJECTIFS

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Évaluer la qualité des consultations prénatales (CPN) au service de Gynécologie Obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau actuel des structures au service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V ;
- Décrire les procédures en consultations prénatales ;
- Analyser les résultats obtenus.

GENERALITES

3 Généralités

3.1 Historique de la consultation prénatale :

Depuis les temps ancestraux, la grossesse a toujours été et demeure pour toute femme une aspiration légitime. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale. Généralement, la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement.

Malheureusement dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant [1].

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. En effet, le risque de mourir d'une grossesse en Afrique atteint 100.000 naissances [1] [8] alors que celui du Canada était de deux décès pour 100.000 naissances en 1985 [8]

Cet état de fait est illustré par une expression du folklore Tanzanien révélée par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accoucher.

« Je vais à l'océan chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux, et il ne se peut que je ne revienne pas » [8].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [29].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [10]. Les principales causes de la mortalité maternelle sont :

- Les hémorragies ;
- les infections ;
- les dystocies ;
- les avortements provoqués ;

- les problèmes de santé persistants tels que l'anémie, le paludisme ;
 - l'hypertension artérielle et ses complications telle que l'éclampsie.
- Ces taux élevés de la mortalité maternelle pourraient s'expliquer par :
- la faiblesse de la couverture sanitaire ;
 - l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
 - l'insuffisance des soins prénataux ;
 - le faible niveau économique des populations ;
 - le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
 - les références ou évacuations tardives.

En effet, au Mali, seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [10].

Au cours des dix dernières années, plusieurs conférences internationales se sont tenues dont le seul objectif commun était la réduction de la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000. C'est ainsi qu'ont lieu les rencontres :

Nairobi (Kenya) en 1987 ; Paris (France) en 1989 ; Niamey (Niger) en 1989 ; Caire (Egypte) en 1994 ; Beijing (Chine) en 1995.

La lutte contre la mortalité materno-fœtale est l'un des objectifs essentiels de l'obstétrique moderne. Les pays développés ont réussi à réduire considérablement leur mortalité maternelle. Cette réduction est un phénomène récent. L'essentiel du progrès est a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés :

En Suède : 7 pour 100.000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.00 naissances vivantes en 1930 [9].

En Angleterre et au pays des Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [7].

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 en 1930 [7].

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution, les pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle. Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicales et sociale) a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [30].

Parmi les facteurs qui ont permis de réduire la mortalité maternelle trois (3) sont essentiels :

-le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) :

- ✓ Interventions chirurgicales ;
- ✓ Anesthésie ;
- ✓ Traitements médicaux ;
- ✓ Transfusion sanguine ;
- ✓ Techniques manuelles ;
- ✓ Planification Familiale ;
- ✓ Prise en charge des grossesses à hauts risques ;
- ✓ Soins néonataux spéciaux.

Par une meilleure surveillance de la durée de l'accouchement et la pratique des interventions obstétricales (forceps, ventouse, anesthésie moderne, césariennes etc.) ;

-la vulgarisation des soins prénataux ;

-l'amélioration des conditions de vie des populations.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir du travail 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 Weeil.

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.

3.2 La consultation prénatale

a) Les objectifs

- ✓ Faire le diagnostic de la grossesse ;
- ✓ Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- ✓ Surveiller le développement du fœtus ;
- ✓ Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- ✓ Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic ;
- ✓ Faire le pronostic de l'accouchement ;
- ✓ Eduquer et informer les mères.

b) La consultation prénatale recentrée [16]

➤ Concept

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

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

➤ Principes de la CPN recentrée

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.

La préparation à l'accouchement.

➤ Les étapes de la CPN recentrée

Préparer la CPN

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

Accueillir la femme avec respect et amabilité :

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

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

Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (Avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

Procéder à l'examen :

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

Demander des examens complémentaires

A la première consultation :

- Demander le groupe sanguin rhésus
- Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)
- Albumine / sucre dans les urines
- Demander le test de VIH après counseling

Les autres consultations :

Demander Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orienté par l'examen de la gestante.

Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la sulfadoxine Pyriméthamine (SP) la dose recommandée en
Traitement préventif lors de la CPN est 3 comprimés de sulfadoxine
pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, au maximum 6 prises au cours
de la grossesse, la 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée ou à un
mois d'intervalle après perception des mouvements actifs du fœtus par la
gestante.
- Prescrire le fer acide folique jusqu'à trois mois après l'accouchement ;
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de
lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...) l'hygiène de vie (repos,
dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la
planification familiale ;

Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- Préciser un prestataire compétent
- Préciser le lieu d'accouchement
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise
en charge des situations d'urgence.
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de
soutien lors de l'accouchement.
- Identifier les articles nécessaires, pour l'accouchement (mère et nouveau-né)
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions régulières et douloureuses
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux)

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile
- Fièvre
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Perte de conscience
- Douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantées
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

Donner le prochain rendez-vous :

- Expliquer à la femme que la fréquence est de 4 visites et 8 contacts
- Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

Accompagner la gestante après l'avoir remerciée

c) Calendrier de CPN

- ✓ L'OMS recommande huit (8) contacts prestataire sanitaire-gestante au cours de la grossesse pour réduire le taux de mortalité périnatale et améliorer l'état de santé général de la gestante.
 - ✓ Les normes et procédure pour la surveillance prénatale du Ministère de sante du Mali recommandent au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :
- **Premier trimestre : Une visite et un contact** (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risques)
 - **Deuxième trimestre : Une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;**
 - **Troisième trimestre : Deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA, et 40 SA)** pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante, prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l'accouchement.

d) Matériel de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant les droits de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres

- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante.



Figure 1 : Table gynécologique



Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope



Figure 3 : Table d'accouchement



Figure 4 : Lampe d'éclairage



FIGURE 5 : STETHOSCOPE DE PINARD



FIGURE 6: SPECULUM

e) Les activités préventives

- La vaccination anti tétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;
- La prophylaxie anti-paludisme ;
- Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.
- Counseling pour la PF

f) Le bilan prénatal :

Les examens complémentaires indispensables sont :

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albuminurie/sucre (dans les urines) ; la glycosurie ; la glycémie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;
- Le test de VIH après counseling ;
- L'antigène HBS (recherche de l'hépatite B) ;
- Un examen de crachat BAAR à la recherche d'une tuberculose au besoin ;
- L'échographie pelvienne : nécessaire mais pas obligatoire

Il est recommandé de faire trois échographies ;

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;

Une échographie du deuxième trimestre qui permet d'étudier la morphologie fœtale (voir la malformation fœtale) ;

Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement de degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95millimètres), la position du placenta, la maturation placentaire, la quantité du

liquide amniotique ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

Les examens complémentaires non indispensables

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE) frottis mince (FM), l'examen cytbactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radiographie du contenu utérin, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

g) Prise en charges des pathologies et des complications.

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

METHODOLOGIE

4 Méthodologie

4.1 Lieu d'étude :

Nôtre étude a été menée à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Il est situé quartier Mali de Bamako . Il a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique. Le fonctionnement du CSRéf de la commune V est animé par un personnel administratif, un personnel paramédical et un personnel médical.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

4.2 Composition de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V:

Les unités

- Unité de Consultation Périnatale
- Unité grossesse pathologique et suites de couche
- Unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Unité de Consultation Post natale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center

Description

- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une salle des suites de couche avec 12 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Deux salles d'hospitalisation avec six lits chacun : grossesse pathologique et suite de couches pathologique
- Une salle de soins intensifs avec cinq lits ou salle 4
- Deux salles VIP
- Trois salles hospitalisations post opératoires avec cinq lits chacun

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion

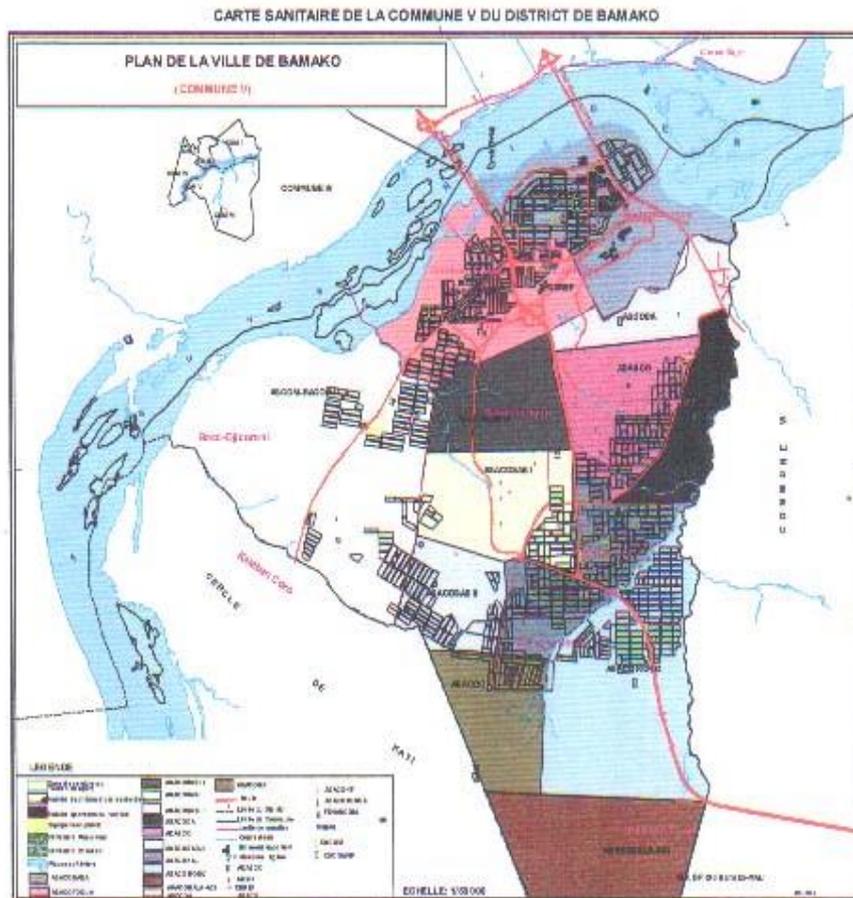


Figure 7 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako

○ **Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :** Il comporte :

Un Professeur agrégé en gynéco - obstétrique ; cinq (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

- Cinquante (50) internes
- Six (06) techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Un médecin en anesthésie réanimation,
- Un docteur en soins anesthésie réanimation
- Une sage-femme maitresse
- Cinquante-un (51) sages-femmes,
- Vingt (20) infirmières obstétriciennes,
- Cinq (05) instrumentistes,

- Un agent technique de santé
- Une matrone
- Trois (03) infirmières auxiliaires
- Six (06) chauffeurs d'ambulances,
- Quatre (04) manoeuvres,
- Trois (03) gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

4.3 Fonctionnement

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

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

A 7 h 45 mn les infirmières prennent les constantes des gestantes ;

A 8 h 30 les CPN commencent par ordre d'arrivée.

Le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre heures dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales (urgences et programmées).

Le programme de formation des étudiants s'articule au tour des activités regroupées dans le tableau ci-après.

Activités	Chronogramme	Description	Durée estimative journalière	Observations
staff du service	Du lundi au vendredi de 8H15 à 09H45	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la liste des patientes du programme opératoire du jour • Présentation suivie de discussions du compte rendu de la garde de la veille • Lecture/interprétation des examens d'imagerie et des résultats des examens biologiques • Présentation des patientes à surveiller 	1 heure 30min	312 heures/an
Visite aux patientes dans les salles d'hospitalisation	Une fois par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation salle par salle, lit après lit des patientes hospitalisées dans le service, en réanimation et aux urgences en donnant le diagnostic, l'intervention réalisée, les suites opératoires, les paramètres de surveillance. • Instruction sur les soins, les modalités de surveillance 	3 Heures	144heures/an
Contre visite	Une fois par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigée par le gynécologue de garde, • Contrôle des instructions données lors de la visite, réévaluation des patients à surveiller 	2 Heures	96 heures/an
Les Consultations externes	Une fois par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de nouveau dossier pour les nouvelles patientes, mise à jour des dossiers pour les anciennes malades • Présentation des dossiers par les étudiants • Apprentissage de 	7 heures	336 heures/an

		<p>rédaction de dossiers par les nouveaux stagiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examens physiques des patientes en présence des étudiants • cours participatif de 30 min à l'adresse des étudiants stagiaires. 		
Bloc à froid	1 jour par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie gynécologique • Chirurgie Obstétricale 	7 Heures	336heures/an
gardes des urgences	2 fois par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Réception de nouvelles admissions en urgence avec élaboration d'observation médicale pour les nouvelles admissions • Réalisation des interventions gynécologiques d'urgence • Réalisation des interventions obstétricales en urgences 	48 heures	2304 heures/an
Les Réunions de thèses et de mémoires	Tous les vendredis Entre 11 et 12 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion au tour des étapes de réalisation des thèses pour chaque étudiants-thésards, • Correction de la méthodologie, des fiches d'enquêtes, des résultats, des commentaires, de la bibliographie. • Présentation de résultats préliminaires d'enquêtes, • Exposés de thèse sous forme de pré-soutenance 	1 heure	44 H/an
Staff de programmation	Tous les jeudis de 13 h à 14 h	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des observations des patients en attente de programmation • Discussion de dossier • Discussion des indications et des 	1 heure	44 H/an

		<p>procédures opératoires cas par cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration du programme opératoire de la semaine suivante 		
Les exposés thématiques	Tous les vendredis de 10H 11H	<ul style="list-style-type: none"> • Un thème est proposé et réalisé par un DES sous la supervision d'un maitre-assistant ou d'un chargé de recherche • Le programme des exposés est basé sur les urgences chirurgicales, les maladies cancéreuses les plus fréquemment rencontrées dans le service et les techniques opératoires. 	1 heure	44H

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G ; Hôpital Mère-Enfants et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

A chaque fois qu'il y a un décès maternel nous procédons :

- Une notification dans les 24 heures
- Nous organisons dans les 72 heures son audit

Une permanence est assurée par une équipe composée de :

- Un Gynécologue Obstétricienne, chef de garde
- Au moins huit étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) par 24heures;
- Trois sages-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / par 12 heures ;
- Une manœuvre assure la propreté dans la salle d'accouchements par 24h
- Un assistant médical en anesthésie,
- Un technicien de laboratoire ;

- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance assure la garde pendant 24h ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente au bloc opératoires et un technicien de surface pour assurer la garde.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

4.4 Population d'étude

- Etude des structures

Le plan de la structure et l'inventaire de matériel.

- Etude des procédures et résultats

Les personnes ayant assurées les CPN et les gestantes.

4.5 Période et durée de l'étude

Notre étude a duré 03 mois allant du 01er Janvier 2022 au 31 Mars 2022.

4.6 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale évaluative inspirée du postulat d'Adevis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

Ce postulat porte sur :

- L'étude des structures
- L'étude des procédures et résultats

4.7 Critère d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude, toutes les gestantes qui se sont présentées dans l'unité de CPN du CS Réf de la commune V pour la consultation prénatale (CPN) pendant les jours ouvrables, aux heures de travail et pendant la période d'étude.

4.8 Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les gestantes n'ayant pas accepté de participer à l'étude.
- Les gestantes ayant fait la CPN dans d'autres unités du service.
- Les gestantes ayant fait la CPN pendant les week-end et jours fériés.

4.9 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon correspondait à l'ensemble des gestantes reçues dans l'unité de CPN et qui répondaient à nos critères d'inclusion.

4.10 Collecte des données :

La collecte des données a été réalisée avec :

- Un questionnaire « observation des CPN »
- Un questionnaire « opinion sur les CPN » Ces questionnaires sont portés en annexe.
- Les registres et le carnet de CPN

4.11 Techniques de collecte :

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (Gynécologues obstétriciennes, les internes, les sages-femmes et infirmières obstétriciennes) au cours de la CPN en notant la réalisation ou non des gestes techniques et d'autre part à faire un entretien avec les gestantes de façon discrète. Toutes les gestantes qui se sont présentées pour la CPN aux unités de CPN au cours de la période d'enquête ont été interrogées.

4.12 Les variables étudiées :

Etude des structures :

- Elle est basée sur un recueil rétrospectif des données du service de gynéco-obstétrique du centre.
- Une description des capacités de production (locaux, Equipements et des ressources humaines).

- Une présentation du système de tarification des soins.

Les CPN comportaient :

- Les caractéristiques de la gestante ;
- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante;
- L'accueil ;
- Le nombre CPN ;
- La mesure des paramètres de la gestante;
- La réalisation des gestes techniques d'examens cliniques;
- Les soins préventifs ;
- La présence de facteurs de risque ;
- Les prescriptions ;
- Les relations humaines ;
- Les conseils à la gestante ;
- Les rendez-vous ;
- L'opinion de la femme sur la qualité des prestations.

L'analyse de l'opinion des gestantes

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

4.13 . L'organisation des enquêtes :

Les observations pour les CPN et les fiches d'enquête établies permettaient des réponses rapides.

4.14 .Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies à partir de logiciel Word 2010 ; Excel 2010 et analysées sur le logiciel SPSS 25.0. Nous avons utilisé le test de khi2 avec une valeur statistiquement significatif inférieur à 5%, $p < 0,05\%$.

4.15 Considérations éthiques :

Les données ont été analysées dans le strict respect de l'anonymat et la confidentialité.

4.16 Niveau de qualité de la structure :

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sanitaire sont définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain. Ces 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 prénatale
- structure de la salle.

L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :

- Equipement ;
- Personnel ;
- Formation du personnel.

Le dépôt de médicaments :

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Mode d'approvisionnement ;

- Formation du personnel.

Etat des toilettes :

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Propreté.

Le système d’approvisionnement en eau et l’élimination des déchets :

- Robinet ou puits ;
- Poubelles ;
- Incinérateur.

Système d’éclairage et la communication :

- Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;
- Réseau public, groupe électrogène

4.17 Système de classement

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés. 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 treize références est de 52. Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I en annexe. L’échelle d’évaluation se présente comme suit :

Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 49 à 52

Niveau III : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 37 à 48,99

Niveau II : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 27 à 36,99

Niveau I : < 50% de score maximal soit un score total < à 27:

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 2 types d'échelles :

Une première échelle où les CPN sont dites :

De bonne qualité» si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;

De moins bonne qualité» si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :

Elevé (Q4) : 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés ;

Assez élevé (Q3) : 75- 94,99% des gestes de la dimension sont réalisés ;

Moyen (Q2) : 50-74,99% des gestes de la dimension sont réalisés ;

Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

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

C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4, Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

Niveau IV : 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins 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 49,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité

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

4.18 Définitions opérationnelles

➤ La qualité des soins

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, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

➤ 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.

➤ Surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N)

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

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

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapie 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.

➤ **Les normes**

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

➤ **Les procédures**

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

➤ **Grossesse**

C'est une période qui commence dès la conception et se poursuit jusqu'à l'accouchement. Durée normale : 37 semaines aménorrhée à 42 semaines aménorrhée.

➤ **Salutation d'usage**

Action de saluer, d'adresser des marques de reconnaissance, de respect à quelqu'un.

RESULTATS

5 Résultats

Etude des structures.

❖ L'étude a comporté :

Les données physiques (locaux, équipements), les données humaines et La description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).

❖ L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar d'attente avec des chaises servant l'accueil des gestantes et une table pour la vaccination antitétanique (VAT) des gestantes ;
- Trois bureaux : un bureau pour PTME, un bureau pour la CPN et un bureau pour l'enregistrement des données de la patientes et des examens cliniques et paracliniques

❖ L'inventaire des équipements,

On note :

- Une (1) tensiomètre,
- Un (1) Stéthoscope biauriculaire,
- Un (1) Stéthoscope obstétrical,
- Une (1) pèse personne avec une toise,
- Un (1) mètre ruban
- Les speculums et les lampes
- Des verres à urine + bandelettes urinaires
- Deux sceaux de solution de décontamination
- Deux tables de consultations gynécologiques

❖ Le personnel de l'unité de CPN est composé de :

- Six gynécologues obstétriciens pour les cas de grossesses à risque
- Onze sages-femmes qui assurent la consultation prénatale tous les jours ouvrables avec une rotation de 6 sages-femmes chaque 6 mois.
- Deux infirmières obstétriciennes

❖ **Système de tarification pour les consultations prénatales :**

Deux milles deux cent cinquante franc CFA (2250 F CFA) pour le ticket de la CPN valable pour toute consultation prénatale sauf en cas d'assurance Maladie obligatoire (AMO) d'où le montant est de quatre cent cinquante franc CFA (450 F CFA)

Tableau I : Niveau de la qualité des structures au csref cv.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales		+			3	Protection contre la poussière et les Moustiques
2. Dispositif d'accueil et d'orientation		+			3	Dispositif du personnel assistant
3. Structure/équipement unité CPN			+		2	Matériels techniques de bonne qualité mais Incomplets
4. Equipement de la salle d'attente		+			3	Salle d'attente équipée de bonne qualité.
5. Unité annexe de consultation gynécologique		+			3	Matériel complet, Salle de consultation avec box , Salle de garde tous de bonne qualité.
6. Unité d'hospitalisation suites de couche		+			3	18 lits pour 2 salles de propreté d'aération et de ventilation suffisantes matelas défectueux
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments		+			3	Protection suffisante contre la poussière Initiative de Bamako (IB) est appliquée
8.Laboratoire/fonctionnalité		+			3	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage sanguin Rhésus ; goutte épaisse ; taux d'hémoglobine.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée et Propreté insuffisante
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet , Absence de service de réanimation adéquat
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.		+			3	- Existence d'un incinérateur - D'un réseau public - Déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
12. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire		+			3	20 lits pour 4salles propre, ventilation avec climatisation et protection anti-moustiques
13. Système d'éclairage et de communication			+		2	- Réseau public - Téléphone pour la réception - Un groupe électrogène

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

Score maximal = Sc.Max =52 (52/52)

Score de notre structure=37 (37/52) soit 71,15%

Niveau de qualité :

Niveau IV= 95-100% SC. Max.soit 49 à 52

Niveau III : 75-94% SC.Max soit 37 à 48,99

Niveau II : 50-74% SC.Max soit 27 à 36,99

Niveau I : moins de 50% SC.Max soit moins de 27.

La qualité des structures de notre établissement de santé était de niveau III .

Etude des procédures

Etude descriptive

Caractéristique sociodémographique de l'échantillon :

Tableau II : Répartition des gestantes selon l'âge

Tranche d'âge (années)	Fréquence	Pourcentage
14- 19	240	23,18
20-34	655	63,30
35- 45	140	13,52
Total	1035	100,0

La tranche d'âge entre 20-34 ans était la plus représentée avec **63,30%** des cas.

L'Age moyen était de 27ans \pm 0,8

Tableau III : répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage %
Ménagère	584	56,43
Aide-ménagère	180	17,40
Fonctionnaire	105	10,14
Commerçante	166	16,03
Total	1035	100,0

Les ménagères étaient la plus représentée soit **56,43%**. Par contre les fonctionnaires sont 10,14%.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	605	58,45
Fondamental	300	29,00
Secondaire	90	08,70
Supérieur	40	03,85
Total	1035	100,0

Les non scolarisés représentaient **58,45%** de notre échantillon.

Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	816	78,80
Célibataire	219	21,20
Total	1035	100,0

Dans notre étude, **78,80%** des gestantes étaient mariées.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	450	43,50
Elève /étudiant	230	22,22
Fonctionnaire	155	15,00
Technicien	105	10,12
Autre*	95	09,16
Total	1035	100,0

Les commerçants étaient représentés avec **43,50%** des cas.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Commune V	969	93,68
Hors Commune V	66	06,32
Total	1035	100,0

Les patientes résidentes dans la commune V étaient les plus nombreuses avec **93,68%**.

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon le nombre des CPN effectuées

Nombres de CPN effectuées	Effectifs	Pourcentage %
1	95	09,14
2	150	14,40
3	325	31,46
≥ 4 CPN	465	45,00
Total	1035	100,0

Au cours de notre travail ; **45,00%** des gestantes avaient fait au moins 4 CPN.

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction des rendez-vous

Rendez-vous	Visite/contacts	Oui			Non	
		Nombre	Effectifs	%	Effectifs	%
1 ^{er} trimestre	Visites	1	45	04,31	990	95,69
	Contacts	1	50	04,83	985	95,17
2 ^e trimestre	Visites	1	105	10,12	930	89,88
	Contacts	2	195	18,81	840	81,19
3 ^e trimestre	Visites	2	260	25,19	775	74,81
	Contacts	5	380	36,74	655	63,26

Dans notre étude **61,93%** des gestantes étaient au 3^e trimestre de la grossesse.

Domaine de qualité**TABLEAU X : REPARTITION DES GESTANTES EN FONCTION DE LA DUREE DE LA C.P.N.**

Durée de la CPN (minute)	Effectif absolu	Pourcentage
Moins de 10	766	74,00
Plus de 10	269	26,00
Total	1035	100,0

Les CPN se sont déroulées en moins de 10 minutes dans **74,00%** des cas.

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

Conditions d'accueil	Effectif absolu	Pourcentage
Salutations d'usage	1035	100,00
Inviter à s'asseoir	1010	97,50
Gentillesse du ton	1015	98,00
Manifestation d'intérêt pour la Consultante	963	93,00
Le praticien fait des salutations d'usage au départ de la gestante	932	90,00

Les salutations d'usage ont été observées dans **100%** des cas.

Tableau XII: répartition des gestantes selon le respect de leur intimité.

Respect de l'intimité	Effectif absolu	Pourcentage
Absence de tierce personne pendant la consultation	96	09,00
Soins maternels respectueux	550	53,00
Présence d'autres membres du personnel	510	49,28
Présence des accompagnatrices	40	03,80
Présence d'autres gestantes	150	14,50
Entrées et sorties injustifiées	105	10,14
Examen à l'abri des regards indiscrets.	620	60,00

Certaines insuffisances ont été relevées quant au respect de l'intimité.

Démarche clinique et thérapeutique

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la qualification des prestataires

Prestataires	Fréquence	Pourcentage
Médecin généralistes	78	07,50
Gynécologue	105	10,10
D.E.S(Gynécologie)	60	05,80
Sage femmes	617	59,60
Infirmière obstétricienne	55	05,40
F.F.I	120	11,60
Total	1035	100,0

Plus de la moitié des CPN ont été assurées par des sages-femmes soit **59,60%**

Les CPN effectuées dans le Csref de la commune V étaient de niveau III

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon la transcription des informations personnelles du couple dans le carnet de CPN

Données personnelles du couple	Complètes		Incomplètes		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Gestantes	826	79.8	209	20.20	<10 ⁻⁷
Conjoint	602	58,16	433	41,84	<10 ⁻⁷

Dans 1/3 des cas, les parties du carnet portant sur les informations personnelles des gestantes n'étaient pas renseignées.

Tableau XV : Répartition des gestantes selon que les parties antécédentes soient ou non renseignées

Antécédents	Oui		Non		P
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
ATCD obstétricaux renseignés	946	91,40	89	8.60	<10 ⁻⁷
ATCD médicaux renseignés	735	71,00	300	29	<10 ⁻⁷
ATCD chirurgicaux renseignés	995	96,15	40	3,85	<10 ⁻⁷

La partie ATCD Obstétricaux était la mieux renseignés avec 91,40% .

Recherche des Facteurs de risque

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la recherche des facteurs de risque au 1er trimestre

Recherche des Facteurs de risque au 1er trimestre	Oui		Non		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Utérus cicatriciel	665	64,25	370	35,25	<10 ⁻⁷
HTA	605	58,45	430	41,55	<10 ⁻⁷
Rhésus négatif	210	20,25	825	79,75	<10 ⁻⁷
Drépanocytose	186	18,00	849	82	<10 ⁻⁷
Béance cervico-isthmique	196	19,00	839	81	<10 ⁻⁷
Utérus polomyomateux	85	8,25	950	91,75	<10 ⁻⁷
Grande multipare	635	61,40	400	38,60	<10 ⁻⁷
Age inférieur à 16 ans	103	9,95	932	90,05	<10 ⁻⁷
Age supérieur à 35ans	147	14,2	888	85,8	<10 ⁻⁷
Dernier accouchement dystocique	64	6,18	971	93,82	<10 ⁻⁷
Dernier accouchement mort-né	196	19,00	839	81	<10 ⁻⁷

Au premier trimestre, l'utérus cicatriciel a été le facteur de risque le plus mentionné avec **64,25%**.

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon la recherche des facteurs de risque au 6^{ème} mois (au 2^e trimestre)

Facteurs de risque au 6 ^{ème} mois	Oui (%)		Non (%)		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Utérus cicatriciel	125	12,00	910	88	<10 ⁻⁷
HTA	320	30.91	715	78,6	<10 ⁻⁷
Grande multipare	285	27.51	750	72,49	<10 ⁻⁷
Diabète	325	31,46	710	68,54	<10 ⁻⁷
MAP	245	23,65	790	76,35	<10 ⁻⁷

Au deuxième trimestre, le facteur de risque le plus mentionné était le diabète avec **31,46 %**.

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon les facteurs de risque au 8^{ème} et 9^{ème} mois de grossesse

Facteurs de risque	Oui		Non		P
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
8^{ème} mois					
HTA	550	53,14	485	46,86	<4210 ⁻²
Utérus cicatriciel	415	40,10	620	59,9	<10 ⁻⁷
Myome utérin	95	9,14	940	90,86	<10 ⁻⁷
HU excessive	125	12,07	910	87,93	<10 ⁻⁷
Gémellité	105	10,12	930	89,88	<10 ⁻⁷
Anémie	688	66,47	347	33,53	<10 ⁻⁷
MAP	423	40,84	612	59,88	<10 ⁻⁷
Grande multipare	479	46,30	556	53,7	<7110 ⁻³
9^{ème} mois					
HU excessive	125	12,06	910	87,94	<10 ⁻⁷
HTA	600	58,00	435	42	<10 ⁻⁷
Bassin limite	422	40,80	613	59,2	<10 ⁻⁷
Présentation dystocique	393	38,00	642	62	<10 ⁻⁷
Utérus cicatriciel	660	63,72	375	36,28	<10 ⁻⁷
Cervicite	0	00	1035	100	<10 ⁻⁷
Grande multipare	595	57,43	440	42,57	<10 ⁻⁷

L'anémie était le facteur de risque le plus élevé au 8^{ème} mois et l'utérus cicatriciel le plus élevé au 9^{ème} mois avec respectivement **66,47%** et **63,72%**.

Tableau XIX: Fréquence des gestantes selon les paramètres de la CPN du 1er trimestre

Paramètres de la CPN du 1er trimestre	Oui		Non		P
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Date de l'examen	988	95,41	47	4,59	<10 ⁻⁷
Date de dernières règles	212	20,44	823	79,56	<10 ⁻⁷
Terme probable	444	42,86	591	57,14	<10 ⁻⁷
Age gestationnel	769	74,22	266	25,78	<10 ⁻⁷
Poids	875	84,60	160	15,4	<10 ⁻⁷
Taille	364	35,16	671	64,84	<10 ⁻⁷
Recherche de Boiterie	00	00	00	00	<10 ⁻⁷
Tension artérielle	625	60,33	410	39,67	<10 ⁻⁷
Conjonctives	697	67,31	338	32,69	<10 ⁻⁷
Seins	198	19,16	837	80,84	<10 ⁻⁷
Auscultation cardiaque	00	00	00	00	
Auscultation pulmonaire	00	00	00	00	
Spéculum	40	3,85	995	96,15	<10 ⁻⁷
Toucher vaginal	645	62,37	390	37,63	<10 ⁻⁷
Lieu des CPN	289	27,94	746	72,06	<10 ⁻⁷
Auteurs des CPN	249	24,05	786	75,95	<10 ⁻⁷
Notion de référence	198	19,16	837	80,84	<10 ⁻⁷
Prophylaxie anti palustre	708	68,44	327	31,56	<10 ⁻⁷
MILDA	986	95,21	49	4,79	<10 ⁻⁷
VAT	700	67,65	335	32,35	<10 ⁻⁷
Prochain RDV donné	695	67,11	340	32,89	<10 ⁻⁷

Le paramètre le plus régulièrement mentionnées était la date de l'examen.

Tableau XX: Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène lors de la CPN.

Paramètre de l'hygiène de la CPN	Effectif	Pourcentage
Le tissu d'utilisation multiple sur la table d'examen	1035	100,0
Le tissu (pagne) appartient à la gestante.	815	78,74
Le praticien ne se lave pas les mains après chaque examen.	150	14,49
Au moins une faute d'asepsie	975	94,20
Spéculum	40	3,85

Tous les tissus posés sur la table d'examen appartenaient aux gestantes (**78,74%**), les praticiens ne se lavait pas les mains d'un examen à un autre (**14,49%**) et au moins une faute d'asepsie avait été relevée à l'examen (**94,20%**).

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen.

Conseils	Effectif	Pourcentage
Evolution de la grossesse	665	64,25
Date de rendez vous	975	94,20
Il a dit où aller accoucher	595	57,43
Pourquoi dans tel ou tel lieu	495	47,85
Explication des signes d'alerte et la conduite à tenir	899	86,85

La date de rendez-vous était précisée aux gestantes dans **94,20 %**. Les signes d'alerte et la conduite à tenir précisés dans 86,85% des cas.

Tableau XXII: La qualité des rapports entre gestante et prestataire selon l'opinion des gestantes.

Rapport gestante prestataire	Effectif	Pourcentage
Bon	835	80,64
Passable	705	68,20
Mauvaise	345	33,33

Les gestantes et les prestataires avaient un bon rapport avec **80,64%**

Critères de choix du centre de santé de référence de la CV

Tableau XXIII : répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du CSRef de la CV

Critères de choix	Effectif absolu	Pourcentage
Proximité du domicile	263	25,40
Connaissance d'un personnel au centre	383	37,00
Prise en charge rapide	363	35,00
Confiance à son personnel	793	76,60
Personnel accueillant	195	18,80
Bon tarif des médicaments	88	8,60
sur conseil d'une connaissance	191	18,40

La confiance au personnel a été le motif essentiel évoqué pour le choix avec **76,60%**.

Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon que le résultat du bilan prénatal soit disponible

Bilan prénatal	Oui		Non		P
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Groupage Rhésus	715	69,10	320	30,9	$<10^{-7}$
Electrophorèse de Hb	165	15,95	870	84,05	$<10^{-7}$
NFS	635	61,35	400	38,65	$<10^{-7}$
Glycémie à jeun	625	60,33	410	39,67	$<10^{-7}$
BW	725	70,07	310	29,93	$<10^{-7}$
Albumine/ sucre	865	83,51	170	16,49	$<10^{-7}$
HIV après counseling	875	84,6	160	15,4	$<10^{-7}$
AgHBS	160	15,45	992	95,88	$<10^{-7}$
Echographie	953	92,00	82	08	$<10^{-7}$
Test d'Emmel	633	61,20	402	38,8	$<10^{-7}$
Toxoplasmose	468	45,23	567	54,77	$<13.10^{-4}$
Rubéole	399	38,57	636	61,43	$<10^{-7}$
ECBU	186	18,00	849	82	$<10^{-7}$

Le groupe sanguin rhésus a été mentionné dans le carnet de santé mère enfant dans un peu moins des 2/3 des cas (**69,10%**)

TABLEAU XXV: Répartition des gestantes selon les soins préventifs

Soins préventif	Oui		Non		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Sulfadoxine+Pyrimethamine	708	68,44	327	31,56	<10 ⁻⁷
Fer acide folique	996	96,28	39	3,72	<10 ⁻⁷
Vaccination anti tétanique	653	63,00	382	37	<10 ⁻⁷
Albendazole	778	75,16	257	24,84	<10 ⁻⁷
Conseil nutritionnel	87	8,44	948	91,56	<10 ⁻⁷
Hygiène de vie	146	14,12	889	85,88	<10 ⁻⁷
Planning familial	268	26,00	767	74,12	<10 ⁻⁷
Prévention transmission mère enfant	861	83,11	174	16,89	<10 ⁻⁷
Vaccination contre l'hépatite	175	17,00	860	83,1	<10 ⁻⁷

Nous avons noté des insuffisances dans l'administration des soins préventifs.

Tableau XXVI : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante soignant

Qualité de l'interaction gestante soignante	Effectif	Pourcentage
Respect physique et psychique	520	50,24
Respect de l'intimité	850	82,17
Respect de la confidentialité.	780	75,36

L'observation du tableau montre que la qualité de l'interaction gestante soignante était satisfaisante

Tableau XXVII: Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour venir

Moyens de transport utilisés	Effectif	Pourcentage
Venue à pied	85	8,25
Transport en commun (SOTRAMA)	450	43,46
Taxi	185	17,87
Véhicule personnel	60	5,79
Autres moyens de transport	255	24,63
Total	1035	100

Une forte proportion des gestantes venait au centre de santé avec un transport en commun soit **43,46 %** des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques

Questionnaires explorés	Effectif absolu	Pourcentage
Respect de l'ordre de passage	600	58,00
Mode d'installation :		
Très inconfortable	13	01,25
Assez inconfortable	20	02,00
Assez confortable	675	65,23
Très confortable	255	24,64
Ignore l'existence de toilettes	75	07,24
Affirme l'existence de toilettes.	450	43,47
Affirme l'existence de toilettes propres.	185	17,87
Affirme l'existence de toilettes sales	150	14,50

Dans notre étude, **58,00%** des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté et **65,23%** des gestantes affirmaient que le mode d'installation était assez confortable.

Tableau XXIX: Répartition des gestantes en fonction de fréquentation antérieure

Fréquentation du centre	Effectif	Pourcentage
N'avait jamais fréquenté le centre	150	14,50
Est venue une fois dans le centre	225	21,78
Est venue plusieurs fois dans le centre	660	63,72
Total	1035	100

On observe que **63,72%** des gestantes avaient déjà fréquentées le centre plusieurs fois.

Tableau XXX: Répartition des gestantes en fonction du motif de la fréquentation antérieure.

Motif de fréquentation	Effectif absolu	Pourcentage
Consultations médicales	200	19,36
Consultations prénatales (CPN)	720	69,53
Accouchement	115	11,11
Total	1035	100

La CPN a été le motif de fréquentation antérieur le plus souvent évoqué avec **69,53%**.

Satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN et la qualité des prestations.

Tableau XXXI: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.

Opinions des gestantes	Effectif	Pourcentage
Etat des locaux :		
Vieux et sales	00	00
Récent et sales	150	14,50
Vieux et propres	555	53,68
Récents et propres	330	31,82
Satisfaction par rapport aux prestations :		
Non satisfait	00	00
Peu satisfait	10	1,00
Satisfait	425	41,00
Très satisfait	600	58,00
Consultation antérieure :		
Dans la même unité prénatale	685	66,12
Dans l'unité prénatale d'un autre service	350	33,88
Motif de changement :		
Coût trop élevé dans l'autre centre	20	02,00
Déménagement	455	44,00
Autres raisons	560	54,00

Nous avons observé que **53,68%** des gestantes trouvaient les locaux vieux et propres et **58,00%** des gestantes étaient très satisfaites par rapport aux prestations.

Tableau XXXII: Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque.

Groupe à risque	Effectif	Pourcentage
Aucun	590	57,00
Classement dans un groupe à risque.	250	24,00
Référence vers un médecin.	150	15,00
Référence vers un autre établissement.	45	04,00
Total	1035	100

Dans cette étude ,24% des gestantes ont présenté un facteur de risque, seulement 15% des gestantes ont été référées au médecin.

Etude analytique :

La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Appréciation du niveau de qualité dans le centre de santé de référence de la commune V par rapport à l'interaction patiente soignant.

Tableau XXXIII : Distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patiente- soignant.

NIVEAU 0	Q1		Q2		Q3		Q4	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Respect physique et psychique	0 %	0	50%	520	31%	315	19%	200
Respect de l'intimité	0%	0	18%	185	0%	0	82%	850
Respect de la confidentialité de l'examen	0%	0	25%	255	0%	0	75%	780

Tableau XXXIV: Niveau de qualité du centre de santé de référence de la commune V sur le plan de la qualité du «respect physique et psychique du malade » ; «du respect de l’intimité» et «du respect de la confidentialité de l’examen» des gestantes.

Niveau	Q3		Q4		Q3 +Q4		Niveau			
							I	II	III	IV
Respect physique et psychique	31%	315	19%	200	50%	520				
Respect de l’intimité	0%	0	82%	850	82%	850				
Respect de la confidentialité de l’examen	0%	0	75%	780	75%	780				

L’observation du tableau montre que le csréf de la commune V est de niveau IV pour le respect de l’intimité et celui de la confidentialité de l’examen ; niveau III pour le respect physique et psychique.

Discussion

6 Discussions

Notre étude rétrospective des données de la structure et prospective des observations et de l'opinion des consultantes prénatales s'est déroulée dans le CSREF de la commune V de Bamako de Janvier à Mars 2022 sur la qualité des consultations prénatales.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis Donabedian : évaluation des structures, des procédures et des résultats. Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure.
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité de la consultation prénatale.
- L'enquête a porté sur 1035 gestantes ayant fréquenté l'unité de CPN à cette période.

Monographie des structures de soins et étude des procédures :

Classement de la structure

Le Score maximal = Sc.Max = 52 (52/52), le score de notre structure = 37 (37/52) soit 71,15 % , cela peut classer la qualité des structures de notre établissement de santé au niveau III selon les critères de ce classement : Niveau IV : 75 à 100% ; Niveau III : 50 à 74,99% ; Niveau II : 25 à 49,99% ; Niveau I : moins de 25% .

Interaction gestante soignant :

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la gestante pour explorer la qualité de l'interaction gestante prestataire. Le respect de l'intimité et de la confidentialité des examens étaient satisfaisantes soit 82,17% et 75,36% respectivement. Ce volet est très important pour la CPN car la recherche sur la pratique obstétricale est d'une importance capitale compte tenu des objectifs visés par les soins de santé maternelle : sécurité, satisfaction et économie.

Rapport entre les gestantes et les prestataires

Les gestantes et les prestataires avaient un bon rapport soit 80,64% ce qui signifie que les prestataires étaient à la disponibilité et à l'écoute des gestantes.

Respect de l'intimité :

Les examens se faisaient dans la plus part des cas (60%) à l'égard des regards indiscret. Cependant beaucoup d'insuffisance ont été relevés quant au respect de l'intimité.

L'accueil des gestantes par les personnels était satisfaisant.

*** Démarche clinique et thérapeutique :**

Qualification du personnel

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 59,61 % des cas par les sages-femmes et les gynécologues 10,14 %; ceci pourrait s'expliquer par le fait que le travail des sages-femmes est plus centré dans l'unité de la CPN par rapport aux autres unités.

*** La situation personnelle de la gestante :**

Les gestantes non scolarisées représentaient 58,45%, ce résultat est presque similaire à celui de Goita N. qui a trouvé 67,5% des gestantes non scolarisés en 2006 dans le même centre [32].

Antécédents obstétricaux et médicaux :

Les antécédents obstétricaux ont été recherchés dans 91,40%, mais les praticiennes se renseignaient rarement sur l'état de santé des enfants, sur le nombre de mort-nés, sur la notion d'extraction instrumentale chez les gestantes et surtout l'histoire du dernier accouchement et son issue. De même, les antécédents médicaux étaient recherchés dans 71% et les antécédents chirurgicaux ont été recherchés dans 96,40%. La connaissance de ces antécédents est primordiale dans la prise en charge de ses gestantes car dicte la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse.

*** Date probable d'accouchement**

La DDR n'était pas connue en général par les gestantes car seulement 20,44%

des gestantes connaissaient leur DDR. Ce taux est plus élevé que celui de Konaté.S [4] et Fomba S. [8] qui avaient trouvé respectivement 5% et 7.9%. La connaissance du début de la grossesse permet un meilleur suivi : dépistage des cas de retards de croissances intra- utérine ; d'éviter les erreurs du terme ; de dépister les cas de dépassement de terme, de préciser la date probable d'accouchement. Seulement 42,86% des gestantes avaient une idée sur la date probable d'accouchement. Cette faible proportion des gestantes de notre série connaissant leur DDR et leur date probable d'accouchement est due au fait que 58,45% de l'échantillon n'étaient pas scolariser.

*** Hygiène de vie pendant la grossesse :**

Nous avons trouvé que 14,12% des gestantes ont bénéficié d'une sensibilisation par rapport à l'hygiène de la grossesse avec p valeur $<10^{-7}$; Contrairement aux travaux de Fomba S[8] et Konaté S[4] où les gestantes n'avaient pas reçu d'information portant sur l'hygiène de la grossesse. Une bonne hygiène de vie pendant la grossesse permet de protéger les gestantes contre certaines infections qui peuvent menacer la grossesse.

Les mesures préventives :

La supplémentation en fer et acide folique (antianémique) , chimio prévention (SP), antitétanique (VAT) étaient observées avec respectivement 96,28% ; 68,44% et 63%. Ces taux sont supérieurs à ceux de Fomba S. [8], de Konaté S [4] et Koita M [3]. Ces mesures préventives jouent un rôle important pour le bon déroulement de la grossesse.

*** Analyse discriminatoire de l'examen physique :**

Les paramètres comme la recherche de boiterie, l'auscultation pulmonaire, cardiaque n'ont pas été explorés. Ce constat est similaire à celui de Fomba S [8] de Konaté S [4] et Goita N[32] où aucun de ces paramètres n'avaient été exploré.

Nous avons trouvé que 3,85% des gestantes ont bénéficié de l'examen au spéculum. Ce taux est inférieur à celui avancé par Konaté S [4] et Goita N[32] dans laquelle 34,5% et 20% de gestantes avaient bénéficié d'un examen au

spéculum. Ce faible taux d'utilisation du spéculum dans notre série est dû que les matériels n'étaient pas fonctionnels pendant notre période d'étude.

La mesure de la taille dans notre série a été 35,16%. Cet état de fait est une lacune qu'il doit falloir corriger rapidement quand on connaît l'importance de la taille dans le pronostic de l'accouchement. La taille inférieure à 1m 50 est un élément de présomption d'une violation pelvienne.

On trouve que 84,60% des gestantes ont été pesées, ce qui est une œuvre salubre. Toute prise de poids de plus de 2000 grammes par mois doit faire penser à un œdème « inapparent ».

Appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal) : dans notre étude 61,93% des gestantes ont été vues au troisième trimestre de la grossesse. Elles devraient logiquement bénéficier de l'appréciation du bassin au terme de l'examen obstétrical.

L'examen clinique du bassin été 48,25% et pronostic d'accouchement été 36,9%.

* **Décision et diagnostic.**

Analyse par rapport aux examens complémentaires.

Ils représentent une arme pour la détection des pathologies associées à la grossesse. L'échographie, bien que un moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, a été demandée que dans 92% des cas. Cet examen est indispensable pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit bénéficier au moins de 3 échographies :

- Au premier trimestre pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, de préciser l'âge gestationnel, préciser le nombre d'embryons, préciser la nature de l'œuf (grossesse molaire) et de son siège (grossesse intra ou extra-utérine) [12].
- Au deuxième trimestre, elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux (étude morphologique).
- Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre 30-35 SA, elle

apprécie la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), apprécie l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [12]

La sérologie VIH était demandée dès la première consultation prénatale après un counseling était de 84,6%. Les prélèvements vaginaux n'ont pas été demandés malgré les signes d'appel. L'instauration systématique et de façon gratuite de la recherche d'albumine et de sucre dans les urines chez toutes les gestantes été de 83,51%. Le groupe sanguin rhésus était demandé chez 69,1% des gestantes mais celui du mari n'a jamais été demandé, même en cas de gestantes de rhésus négatif. [21]. Des efforts sont à faire pour la rationalisation de la demande des examens complémentaires.

Par rapport à l'âge :

Les plus jeunes avaient un âge inférieur à 16 ans soit 9,95 % et les plus âgés plus de 35 ans représentaient 14,20% de l'échantillon. Ces taux sont inférieurs à celui de Fomba S [8] qui avait trouvé 24,13% pour les jeunes de 14 ans et supérieur à celui de Fomba S [8] qui avait trouvé 5,17% pour les plus âgés 40 ans

Risques liés au nombre de CPN :

Une grande proportion des gestantes ont faites plus de quatre CPN soit 45%. Ce taux est presque similaire à celui de Konaté S [4] qui était de 49%.

Par rapport à la profession :

Les femmes aux foyers étaient fortement représentées avec 56,43% de notre série. Ce taux est inférieur à ceux de Fomba S. [8], Konaté S [4] et Goita N[32] qui étaient respectivement 84,5% de 80% et de 71,15%. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos, constitue un groupe à risque.

Par rapport à l'hygiène de la consultation.

Le tissu posé sur la table d'examen appartenait aux gestantes, le praticien ne se lavait pas les mains d'un examen à un autre ; au moins une faute d'asepsie avait été causée par examen.

Durée de la CPN

Les CPN se sont déroulé en moins de 5 minutes dans 16,81% cela montre que les praticiens prennent le temps nécessaires pour mieux consulter.

Etude des résultats :

Critères de choix du centre.

On trouve que 76,60% des gestantes avaient comme critère de choix la confiance au personnel.

Opinion des gestantes sur la dimension humaine :

Dans cette étude, 94,20% des gestantes nous ont confirmé, qu'un prochain rendez-vous les a été proposé avec une date précise. Cependant, nous constatons une discordance de l'opinion des usagers et l'observation réelle.

Modalité de transport.

La plupart des gestantes venaient avec un transport en commun soit 43,46%. Ce taux est inférieur à celui de Konaté S [10], qui était de 48,5% et celui de Fomba S [8] qui était de 88,8%.et supérieur à celui Goita N [32] qui était 27,50%.

Opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre:

Dans cette étude 53,68% des gestantes avaient affirmé que les locaux étaient vieux et propres et 14,50% des gestantes ont affirmé que les toilettes étaient sales contre 17,87% des gestantes qui affirment connaître l'existence de toilettes propres. L'opinion des gestantes sur la qualité de la prestation était satisfaisante avec 58% des cas.

Opinion des gestantes sur le confort lors de la CPN :

Dans notre étude 65,23% ont affirmé qu'elles étaient assez confortablement installées ; 58% des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 Conclusion et recommandations

Conclusion

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de la commune V est de niveau III sur le plan structurel et sur le plan des procédures où les références sont satisfaites mais souvent limitées par des problèmes d'infrastructures.

La CPN au niveau du CSRef de la commune V du district de Bamako est assurée à majorité par les sages-femmes suivies des gynécologues.

Le bilan prénatal fortement demandé était le groupage rhésus.

Recommandations :

Aux personnels de santé

- Insister lors des séances de la communication pour le changement de comportement portant sur le planning familial, les facteurs de risques et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse.
- Respecter les normes et procédures en CPN.
- Insister sur l'interrogatoire, l'examen clinique et para clinique au cours des CPN.
- Améliorer le respect de l'intimité des gestantes lors des CPN

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Améliorer le carnet de CPN qui devra être revu car le model disponible est pauvre en renseignements.
- Améliorer l'état des structures à hauteur des normes de références.

Aux populations

- Faire les CPN dès le début de la grossesse
- Fréquenter les services de santé
- Faire le bilan prénatal délivré par le personnel de CPN
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

REFERENCES

8 Références

- 1. OMS (chronique) :** Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202 (Genève 1986)
- 2. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :** Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, (nov. 1997) OMS bureau Afrique. Division santé de la famille.
- 3. Koita M :** Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires V et VI du District de Bamako. Thèse médecine 2001 M 41 ; 129 pages.
- 4. Konaté S :** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse de médecine 2002. M. 33 56 pages..
- 5. Drabo A. :** Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine 2000M 07 ; 131 pages.
- 6. DNSI-CPS/MSSPA :** Enquête démographique et de santé III Mali janvier à mai 2001.
- 7. Hogberg. And wall.S :** Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 P 647-984.
- 8. Fomba S :** Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou en commune VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2002-2003 N 64.
- 9. Fenersteine MT :** Furning the Tide Safe Mother lood A districtation manual London MC Millan 1993.
- 10. Division santé familiale :** Programme de santé familiale. Plan quinquennal 1988-1992. Mali décembre 1987.
- 11. Traoré MK :** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse médecine 2001 ; 121 pages N 49

- 12. Angoulvent P :** La grossesse collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.
- 13. 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.
- 14. Coordination. Thoulon. JM, Puech.f ; Boog.g :** Llipses au Pelf/Uref.1995 (p ; 867) universités Francophones-obstétrique.
- 15. Sankale M et Mazer A :** Guide médicale de la famille Afrique et océan Indien 1991. France EDICEF, P : 143.
- 16. Bernard et Genvieve P:** Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Hamartant, Paris, 1984
- 17. Considération pratique :** Hart. RH, Belsey MA et Tarimo.E : Intégration des soins de santé maternel et infantile dans les SSP.
- 18. MSF Ballardur O. B.Zieau O :** Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} Edition Hatier Paris, 1992, P 222.
- 19. De Ferrati D :** Le financement des services de santé dans les PED. Un appel au réalisme. Forum mondial de la santé. Pages 115-123 ; 1985.
- 20. 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
- 21. 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 (10h OMS/MSM/92-4.
- 22. 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.

- 23. Boire M :** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine 2000M 69 ; 79 pages
- 24. Blum C :** L'évaluation médicale à l'hôpital In Creen hébert. Première séminaire d'évaluation en gynéco-obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris delegation a l'évaluation.
- 25. Donabedian Adevis:** Exploration incassessment and monitoring. The definition of quality and approaches to it' is assessment health administration presse an Arbor, Michigan 1980.
- 26. Surveillance échographique de la grossesse :** DMC obstétrique (B. SEGUY) 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.
- 27. Ogga A ; Diarra A.J ; Koadio KL :** Evaluation de la situation sanitaire dans une région du centre Nord de la Côte d'Ivoire en 1994. Revue de Médecine noire n°07.
- 28. Forum.L ; Fayomi.E.B ; Zohoum.T.H :** Santé mère/enfant au Bénin réalisation et déficit. Revue de Médecine d'Afrique n°02 Février 1998.
- 29. Cellule de planification et de statistique :** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995- 2000.
- 30. Parpiernik :** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement pour un programme d'action.
- 31. UNICEF/OMS/FNUAP :** Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à l'an 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.
- 32. GOITA N :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynecologie-obstetrique du centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse médecine 2006M210 ; 96 pages

ANNEXES

9 Annexes

Fiche d'enquête

Q1 Numéros fiche: /...../

Q2 Date : /...../2022

CARRACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q3 Age /...../ année

Q4 Ethnie /...../

Q5 Profession / / 1=ménagère 2= aide-ménagère 3=élève/étudiante.

4. Fonctionnaire5. Commerçante ; 6. autre à préciser.....

Q6 Niveau d'instruction : / ___/ 1. Non scolarisée, 2. primaire, 3. fondamental, 4. secondaire, 5. Supérieur. 6. Autre à préciser.....

Q7 Statut matrimonial/...../ 1=mariée 2=célibataire

Si mariée / / 1=monogamie 2=polygamie

Q8 Age du conjoint/...../

Q9 Profession du conjoint /...../ 1=commerçant, 2=élève /étudiant, 3.Autre à préciser.....

Q10 Résidence /...../ 1=dans la commune V= hors Bamako

Caractéristique de celui qui as pris en charge la gestante

Q11 Qualification : /...../ 1. Médecin. 2. Gynécologue ; 3. DES ; 4. Sage femmes ; 5. Infirmière obstétricienne 6. FFI ; 7 Autre à préciser.....

Accueil au lieu du CPN

Q12 Langue de communication : 1 Français 2 : Bambara Autre à préciser.....

Q13 Demande du carnet de grossesse précédente/...../

1. Oui Présent ; 2. Non absent

Remplissage du carnet

Q14- Nom de la patiente /___/	1= Oui	2 : Non
Q15- prénom de la patiente/___/	1= Oui	2 : Non
Q16- Age de la patiente /___/	1= Oui	2 : Non
Q17- Profession de la patiente /___/	1= Oui	2 : Non
Q18-Adresse de la patiente /___/	1= Oui	2 : Non
Q19- Contact de la patiente /___/	1= Oui	2 : Non
Q20- Niveau d'instruction /___/	1= Oui	2 : Non

Critère de choix du centre

Pourquoi avez-vous choisi l'établissement où nous sommes?

(Plusieurs réponses possibles /___/

- 1= Parce que cet établissement est proche de mon domicile
- 2= Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement
- 3= Parce que le personnel est compétent
- 4= Parce que le personnel est accueillant
- 5= Parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarifs
- 6= Parce qu'une connaissance me la conseillé

Profil obstétrical

Q21- Parité /___/	1= Oui	2 : Non
Q22- ATCD obstétricaux renseigné /___/	= Oui	2 : Non
Q23- ATCD médicaux renseigné /___/	1= Oui	2 : Non
Q24- ATCD chirurgicaux /___/	1= Oui	2 : Non
Q25- Renseignement sur grossesse antérieure /___/	1= Oui	2 : Non
Q26- Nombre de CPN /_____/		
Q27- AG à la 1 ^{ere} CPN /_____/SA		
Rendez-vous /___/	1= Oui	2 : Non
Q28- Statut vaccinal		
VAT 1 /___/	1= Oui	2 : Non
VAT 2 /___/	1= Oui	2 : Non

VAT 3 /___/	1= Oui	2 : Non
VAT 4 /___/	1= Oui	2 : Non
VAT 5 /___/	1= Oui	2 : Non
Q29- GRRH /___/	1= Oui	2 : Non
Q30- Taux d'hémoglobine /___/	1= Oui	2 : Non
Q31- Toxoplasmose /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Q32- Rubéole /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Q32- BW /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Q34- Test d'Emmel /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Q35- Glycémie à jeun /___/	1= Oui	2 : Non
Q36- ECBU /___/	1= Oui	2 : Non
Q37- Albumine sucre /___/	1= Oui	2 : Non
Q26- Echographie du 1er trimestre /___/	1= Oui	2 : Non
Q27- Ag HBS /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Q28- SRV /___/	1= Oui	2 : Non
Si Positif conduite à tenir.....		
Facteurs de risque au 1er trimestre		
Utérus cicatriciel /___/	1= Oui	2 : Non
HTA/___/	1= Oui	2 : Non
Rhésus négatif/___/	1= Oui	2 : Non
Drépanocytose/___/	1= Oui	2 : Non
Beance cervico-isthmique/___/	1= Oui	2 : Non
Utérus polymyomateux, /___/	1= Oui	2 : Non
Grande multipare/___/	1= Oui	2 : Non

Age inférieur à 16 ans/___/	1= Oui	2 : Non
Dernier accouchement dystocique	1= Oui	2 : Non
Dernier accouchement mort-né	1= Oui	2 : Non

Facteurs de risque au 6ème mois

Grossesse gémellaire,	1= Oui	2 : Non
Utérus cicatriciel,	1= Oui	2 : Non
HTA	1= Oui	2 : Non
Grande multipare	1= Oui	2 : Non

Facteurs de risque 8ème mois

HTA,	1= Oui	2 : Non
Utérus cicatriciel,	1= Oui	2 : Non
Myome utérin,	1= Oui	2 : Non
HU excessive,	1= Oui	2 : Non
Gémellité,	1= Oui	2 : Non
Pré éclampsie,	1= Oui	2 : Non
Anémie,	1= Oui	2 : Non
MAP,	1= Oui	2 : Non
Grande multipare	1= Oui	2 : Non

Facteurs de risque 9ème mois

HU excessive	1= Oui	2 : Non
HTA	1= Oui	2 : Non
Bassin limite	1= Oui	2 : Non
Présentation dystocique	1= Oui	2 : Non
Pré éclampsie	1= Oui	2 : Non
Utérus cicatriciel	1= Oui	2 : Non
Cervicite	1= Oui	2 : Non

Grande multipare	1= Oui	2 : Non
Examen clinique /___/	1= Complet,	2 :Incomplet
Dépistage de la pré éclampsie /___/	1= Oui	2 : Non
Voie d'accouchement /___/	1= Oui	2 : Non
Indication de la voie haute /___/	1= Oui	2 : Non
MILDA /___/	1= Oui	2 : Non
SP1/___/	1= Oui	2 : Non
SP2/___/	1= Oui	2 : Non
SP3/___/	1= Oui	2 : Non
SP4/___/	1= Oui	2 : Non
SP5/___/	1= Oui	2 : Non
SP6/___/	1= Oui	2 : Non

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SISSOKO

Prénom : Ousmane

Titre de la thèse: Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynéco obstétrique du CSREF de la Commune V de Bamako

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie

Secteur d'intérêt : Gynecologie-Obstetrique

Résumé : Cette étude a pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, déterminer les structures en place notamment les infrastructures et le personnel, préciser les procédures et en déterminer les résultats.

Dans notre étude, la tranche d'âge entre 20-34 ans était la plus représentée avec 63,3% et 56,43% des gestantes étaient des ménagères. Les mariées représentaient 78,80% et 93,68% résidaient dans la commune V. L'accueil des gestantes était satisfait et les CPN se sont déroulées entre 5-10 minutes dans 57,19%. Les gestantes et les prestataires avaient un bon rapport. Les Sages-femmes étaient les plus représentées avec 59,61% dans la CPN. La date de rendez-vous était précisée aux gestantes dans 94,20 %. Parmi les gestantes 45% ont effectuées plus de 4 CPN.

C'est ainsi que le centre de santé de référence de la commune V a été classé au niveau III c'est-à-dire que les références évacuées étaient satisfaites soit un niveau de 50-75% SC Max de 37 à 48,99 (71,15%) sur le plan structurel avec un système de tarification jugé abordable selon l'opinion des gestantes. L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle le centre de santé de référence de niveau III où 75-94,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne qualité.

L'analyse de la confiance du personnel a été qualifiée de «satisfaisante ».

L'analyse de la qualité de l'accueil du personnel a été qualifiée de «meilleure» par toutes les gestantes. L'analyse de l'opinion des gestantes sur l'accueil, l'attitude et le respect psychique et physique des gestantes montre que les gestantes ont été satisfaites des prestations reçues dans la majorité des cas.

Mots clé : Qualité, Evaluation, CPN et CSRéf Commune V

Summary : The aim of this study was to assess the current level of ANC quality at the reference health center in Commune V of the Bamako district, to determine the structures in place, in particular the infrastructure and personnel, to specify the procedures and to determine the results.

In our study, the 20-30 age group was the most represented with 63.3%, and 56.43% of pregnant women were housewives. Married women accounted for 78.80% and 93.68% were residents of commune V. Pregnant women were well received, and ANC took place within 5-10 minutes in 57.19% of cases. Pregnant women and providers had a good rapport. Midwives were the most represented with 59.61% in ANC. Pregnant women were informed of the appointment date in 94.20% of cases. Among pregnant women, 45% had undergone more than 4 ANCs, and 45.86% had undergone between 2 and 3 ANCs.

As a result, the commune V referral health center was classified as level II, i.e., the references evacuated were satisfied, i.e., a level of 50-75% SC Max of 27 to 37,03 on the structural level, with a pricing system deemed affordable according to the opinion of pregnant women. But there were many procedural shortcomings (level II). Analysis of the human dimension reveals a level III referral health center where 75-94.99% of pregnant women receive good quality care.

The analysis of staff competence was qualified as "satisfactory". All pregnant women rated the quality of the staff's welcome as "better". Analysis of pregnant women's opinions on reception, attitude and psychological and physical respect for pregnant women showed that they were satisfied with the services received in the majority of cases.

Key words : Quality, Evaluation, CPN and CSRéf Commune V

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 !