

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
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

Année universitaire 2012 – 2013 No....

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

TITRE :

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES
CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE YIRIMADIO EN COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

26/02/2013

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie.

Par Monsieur AMADOU GUYEYE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membres : Docteur Bintou Tine Traoré

Codirecteur de thèse : Docteur Keïta Assa Sidibé

Directeur de thèse : Professeur Hamadoun Sangho

Dédicaces

Je dédie ce travail:

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

- A son messager **Mohamed**, paix et salut sur lui.

- **A mon père :**

Sékou Guiteye : les mots me manquent pour exprimer ma joie et ma fierté pour avoir eu un père comme toi. Tu n'as jamais cessé de nous dire que seul le travail libère l'homme et qu'un homme peut grandir dans les mains d'un autre homme ne vas jamais y rester. Tes bénédictions et tes conseils ne nous ont jamais manqué durant notre parcours scolaire et universitaire. Que Dieu te garde longtemps avec nous et exhausse tes vœux et prières. Amen.

- **A ma mère :**

Kadia Toumagnon : femme de ménage, femme des champs, femme des rivières, femme d'Afrique. Mama je ne peux rien te dire si ce n'est que merci ; merci pour tes énormes sacrifices consentis pour notre réussite. Que le tout puissant te récompense. Amen.

- **A ma grande sœur :**

Mme Keïta Oumou Pona : pour toutes ces années passées sous ton couvert malgré nos différences. Sache que j'ai toujours de l'estime en votre personne ainsi que ton époux et tes enfants plus particulièrement la cadette **Aïssata Keïta** dite Maman. Je prie le bon Dieu pour qu'il comble votre famille de paix et de tolérance. Amen.

A mes tantes :

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'aviez traité depuis mon

Arrivé à Bamako, resteront gravés dans ma petite mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder encore le plus longtemps que possible en vie et en bonne santé auprès de moi.

A mes tontons :

En remerciement pour le soutien dont j'ai bénéficié auprès de vous tous. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite, soyez assurés de ma reconnaissance et mon respect.

A mes frères et sœurs

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

A mon épouse et futur mère de mes enfants

Les mots me manquent pour te qualifier. Je te demanderai tout simplement d'être patiente, et courageuse, je prie le bon Dieu qui nous a guidé l'un vers l'autre; d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble.

A mon meilleur ami :

Feu Sidiki Konaté : prématurément arraché, ta disparition tragique a été pour nous une circonstance particulièrement douloureuse ; mais le souvenir des moments passés avec toi est gravé dans ma mémoire. Et comme on le dit : « Tous ceux qui se tiennent debout se coucheront un jour ». Telle est la volonté de Dieu. Qu'Allah le Tout-puissant ait pitié de ton âme et qu'il t'accorde son paradis. Dors en paix **Sidiki**. Amen.

Remerciement :

Dramane Dao agent comptable du CREDOS ; merci Mr le maire pour m'avoir soutenu dans la réalisation de ce travail.

Aux secrétaires de bureau de CREDOS pour leurs sympathies et leurs courtoisies.

Aux informaticiens du CREDOS : **Aba** et **Thérera** qui n'ont ménagé leurs efforts et temps pour aboutir à ce résultat.

Au médecin chef du CSRef de la commune VI du district de Bamako pour m'avoir autorisé à mener mon enquête dans la commune.

Au médecin chef du CSCOM de Yirimadio pour m'avoir accepté dans son centre.

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

Aux gestantes qui ont accepté de se soumettre à notre interrogatoire.

A Dr Keïta Aïssata Sidibé mon encadreur. Tanti vous n'avez pas été pour moi qu'une encadreuse mais une mère qui fait et veut tous pour son enfant. Je prie Dieux pour qu'il vous accorde son paradis et que je sois à la hauteur de vos ententes. Amen.

A mes amis de 1008 logements, de torokorobougou et de San pour votre cohésion sociale.

Aux membres de notre équipe d'exercice au point-G pour leur franche collaboration.

Aux membres de notre équipe d'exercice aux 1008 logements pour votre conseil et votre solidarité.

Aux membres et sympathisants de l'Association San Dambé (ASD) pour votre confiance portée à ma personne.

A notre équipe de garde : Dr Cissé ; Dr Traoré ; Dr Kané ; Dr Konaté ; Haïdara ; Makandian et Oumar Traoré. A travers vous je salue tout le personnel du CSCOM des 1008 logements de Yirimadio.

Hommages aux membres du jury

A notre maitre et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

- Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS
- Membre du comité d'éthique de la FMOS
- Chevalier international des palmes académiques du CAMES
- Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC CANADA

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre contact facile, votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre modestie font de vous une personne admirable.

Recevez ici honorable maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge

Docteur Traoré Bintou

- **Gynécologue obstétricienne**
- **Master en santé publique**
- Chef de section Mère/Enfant ; Division santé de la reproduction (DSR /DNS)

Cher Maître,

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Codirectrice de thèse

Docteur Keïta Assa Sidibé

- Master en Santé publique
- Directrice Générale adjointe du CREDOS

Chère maître

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

Passionnée du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous non seulement un encadreur mais surtout une mère.

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadou Sangho

- Maître de Conférences Agrégé en santé publique
- Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS)
- Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMOS)

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

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

Merci cher maître pour nous avoir acceptés dans votre service

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASACOYIR : Association de Santé Communautaire de Yirimadio
ARV : Médicaments Antirétroviraux
BCF : Bruit du Cœur Foetal
BW : Bordet - Wassermann
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CVI : Commune VI
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
CPN: Consultation Prénatale
CPON: Consultation Post Natale
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CPNR: Consultation Prénatale Recentrée
CREDOS : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la
Survie de l'Enfant
CSRef : Centre de Santé de Référence
EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de
Population
Gs-Rh: Groupage-Rhésus
Hb: Hémoglobine
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
IFORD: Institut de Formation et de Recherche Démographiques
MII: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MMN : Mortalité Maternelle et Néonatale
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies

PEV : Programme Elargi de Vaccination
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF: Planning Familial
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVD : Pays en Voie de Développement
SA: Semaines d'Aménorrhée
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SP: Sulfadoxine Pyrimethamine
SR/ACO : Santé de la Reproduction/Afrique Centrale et Occidentale
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : Agence des Etats Unies pour le Développement International.
VAT: Vaccin Antitétanique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
µg : Microgramme

SOMMAIRE

	Pages
I. INTRODUCTION.....	4
II. ENONCE DU PROBLEME	6
III. OBJECTIFS	12
IV. GENERALITES.....	13
V. METHODOLOGIE.....	37
VI. RESULTATS	44
VII.DISCUSSIONS.....	58
VIII.CONCLUSION	64
IX. REFERENCES.....	67
X. ANNEXES	70

I. INTRODUCTION

Les problèmes de santé de la mère préoccupent fort longtemps le monde et notamment les pays en développement.

La mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement.

En 2005, selon l’OMS, chaque année, ce sont 529 000 femmes qui meurent et de manière imprévue, pendant la gestation, les couches ou après la naissance de leur enfant [1].

En 2008, selon toujours l’OMS, la mortalité maternelle reste très élevée. Environ 1000 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l’accouchement. En 2008, 358 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l’accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays en développement. Il y a 99% de tous les décès maternels qui surviennent dans des pays en développement et la plupart auraient pu être évités [2].

En effet, les principales complications, qui représentent 80% de l’ensemble des décès maternels, sont les suivantes: les hémorragies sévères (pour l’essentiel après l’accouchement); les infections (habituellement après l’accouchement); l’hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie); le travail dystocique; les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Les autres causes de complications sont des maladies comme le paludisme, l’anémie et le VIH/sida durant la grossesse [2]. Les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications sont connues. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l’assistance d’un personnel qualifié lors de l’accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement. L’accès à une CPN précoce et régulière permet de réduire les

risques de complications. L'assistance d'un personnel qualifié avant, pendant et après l'accouchement peut sauver la vie des femmes et des nouveau-nés [2].

L'amélioration de la santé maternelle est l'une des grandes priorités de l'OMS qui œuvre en vue de réduire cette mortalité en fournissant des recommandations cliniques et programmatiques fondées sur des données factuelles, en fixant des normes mondiales et en apportant un soutien technique aux États Membres. En outre, l'OMS préconise l'utilisation de traitements plus efficaces et d'un coût plus abordable, élabore des matériels de formation et des lignes directrices à l'intention des agents de santé et accorde un soutien aux pays pour la mise en œuvre des politiques et programmes et le suivi des progrès accomplis.

Au cours du Sommet sur les OMD organisé en septembre 2010 par les Nations Unies, le Secrétaire général de l'ONU, M. Ban Ki-moon, a lancé une *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, qui vise à sauver la vie de plus de 16 millions de femmes et d'enfants au cours des quatre prochaines années. L'OMS travaille avec des partenaires à la réalisation de cet objectif.

Le Mali a adhéré aux nombreuses initiatives de l'OMS. La CPN recentrée a été mise en œuvre depuis l'avènement des OMD en 2000. Malgré tous les efforts fournis, la mortalité maternelle reste élevée.

La présente étude vise à évaluer la qualité des consultations prénatales recentrées conformément aux normes et procédures en vigueur au Mali.

Le document présentera après l'introduction, l'énoncé du problème suivi des hypothèses, objectifs, généralités, une méthodologie, résultats, discussion, conclusion, les références et annexes.

II. ENONCE DU PROBLEME

La grossesse est un état normal et sain auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou à un autre de leur existence. Cependant, ce processus normal et créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles [3]

La grossesse et l'accouchement constituent des événements majeurs dans la vie d'une femme qui normalement apportent de la joie. Mais dans certains cas, ces événements apportent la souffrance et même la mort. Selon l'OMS, on estime à 358 000 le nombre de décès maternels intervenus dans le monde en 2008, soit une baisse de 34 % par rapport aux niveaux de 1990. L'Afrique subsaharienne a fait des progrès, certains pays ayant vu leur taux de mortalité maternelle diminuer de moitié entre 1990 et 2008.

D'autres régions comme l'Asie et l'Afrique du Nord ont connu de plus grandes avancées encore. [4].

Néanmoins, en dépit de cette baisse, les pays en développement enregistraient encore 99% (355 000) des décès maternels, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud représentant à elles seules 87% (313 000) de ces décès. Onze pays, dont l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Éthiopie, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Soudan totalisaient 65% des décès maternels en 2008. [5].

La mortalité maternelle reste donc élevée dans le monde malgré les efforts consentis par les pays, notamment les pays africains [4].

Au Mali, la mortalité maternelle reste également élevée malgré la baisse constatée. En effet, en 2001 l'EDS MIII donnait 582 pour cent mille naissances vivantes et l'EDS MIV, un chiffre de 464 pour cent mille naissances vivantes en 2006. Elle demeure un problème majeur de santé publique.

Plus de 80% des décès sont dus à des hémorragies, des infections, avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, travail dystocique, troubles hypertensifs.

La plupart de ces décès peuvent être évités lorsque les femmes ont accès à des services de santé génésique avec du matériel adéquat, des médicaments et du personnel qualifié [4].

Dans toutes les régions du monde des progrès ont été faits pour que les femmes aient accès aux soins prénatals. En 2008, du personnel de santé qualifié assistait à 63% des naissances dans le monde en développement contre 53 % en 1990 [4]. Au Mali, l'accès aux soins prénatals a évolué à la hausse de 2001 à 2006. En effet, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel formé est passée de 58 % [EDS MIII] à 70 % [EDS MIV]. La proportion a également augmenté en milieu rural passant de 48% à 64% [EDS MIV]. Ces consultations ont été effectuées principalement par les sages-femmes et infirmières (36%) et par des matrones (33%). Près de 29% des mères n'ont effectué aucune consultation prénatale [6].

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement. Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Au Mali, un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées et dans 30 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse ; dans 13 % des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse [6].

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes.

On constate, en premier lieu, que seulement 29 % des femmes ont été informées des signes de danger au cours de la grossesse [6].

En ce qui concerne les différents examens effectués au cours de ces visites prénatales, on constate que la prise du poids, la mesure de la taille et le contrôle de la tension artérielle sont de loin, les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé (respectivement 94 %, 89 % et 88 %). Pour les prescriptions, six femmes sur dix (61 %) ont reçu des suppléments de fer au cours des soins prénatals, et 62 % ont reçu des antipaludéens pour se protéger contre le paludisme pendant la grossesse [6].

La vaccination antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger le nouveau-né contre le tétanos néonatal. Selon l'EDS MIV, seulement 48 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse.

Au Mali, on constate ainsi qu'il y a une irrégularité dans la fréquentation de la CPN. La CPN est pourtant importante et est une des stratégies préconisées par l'OMS depuis plusieurs années.

La déperdition n'est pas une bonne pratique car toute la période de la grossesse est considérée à risque. Une CPN régulière permet de réduire les risques de complication [7]

L'irrégularité de la CPN constitue une menace pour la santé de la femme. Parmi les facteurs il faut citer l'insuffisance de qualité. Une étude menée au Tchad en 2005, a montré aussi que la qualité des CPN est significativement liée à la déperdition des CPN [7].

Ainsi dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé a initié une nouvelle approche qui est la consultation prénatale recentrée. L'objectif principal de cette nouvelle approche est d'aider les femmes à maintenir les grossesses normales [8] en assurant la prise en charge précoce et correcte des pathologies dépistées avec toutes les informations que son état nécessite pour aboutir à un accouchement à

moindres risques. La consultation prénatale recentrée constitue ainsi l'un des quatre principaux piliers des activités de lutte contre la mortalité maternelle et infantile [9].

En 1987, les partenaires au développement, en particulier la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale pour la Santé et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et les organismes de 45 pays, ont lancé l'initiative Mondiale pour la maternité sans risque dont le principal objectif était de réduire de moitié le nombre de décès maternels avant l'an 2000. Parmi les programmes recommandés à cet effet, les soins de la grossesse occupent une place primordiale [10]

Pour mettre l'accent sur la qualité, le Comité régional de l'OMS, dans sa résolution AFR/RC45/R3 de la huitième séance du 11 Septembre 1995 [11], a invité les Etats membres à :

- mettre en place un programme national d'assurance de la qualité des soins comme un des éléments principaux de la réforme du secteur de la santé ;
- introduire dans les programmes, la formation de tous les travailleurs de la santé ;
- inciter les établissements de soins de tous les niveaux à mettre en place des mécanismes internes et externes d'évaluation visant l'amélioration constante de la qualité des soins dispensés.

Au Mali, les autorités ont adhéré aux recommandations des conférences Internationales et régionales notamment :

- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 ;
- la Conférence Internationale sur la femme tenue à Beijing en 1995 ;
- la Conférence régionale sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et écoles de santé des pays francophones d'Afrique Centrale et Occidentale (SR/ACO) tenue à Ouagadougou en septembre 1996 ;

Elles ont également déployé beaucoup d'efforts entre autres :

- l'élaboration du document de politique, normes et standards pour la santé familiale;
- la poursuite de la construction des infrastructures aussi bien par l'Etat, les communautés que par les partenaires au développement :
- le renforcement des maternités en ressources humaines et matérielles ;
- un programme de formation et de mise à niveau du personnel sur les consultations prénatales recentrées ;
- l'introduction de la nouvelle approche de la consultation prénatale recentrée.
- Les efforts du gouvernement ont permis d'augmenter le niveau de fréquentation des services de consultation prénatale.

En dépit de ces efforts des autorités sanitaires du Mali à répondre aux besoins de santé des femmes, aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, force est de constater un niveau toujours élevé de la mortalité maternelle.

L'insuffisance de soins prénataux appropriés et de qualité dans les pays en développement représente un problème majeur de santé publique. Malgré les efforts de remise en cause du contenu des soins prénataux en fonction des données scientifiques du moment, la qualité actuelle des consultations prénatales reste moins satisfaisante.

Selon l'étude réalisée par QUEVISON dans une maternité de Cotonou en 2005, parmi toutes les femmes ayant suivi correctement les consultations prénatales (au moins quatre visites), seulement 57,5% ont eu une issue favorable [12]. Cela prouve que les consultations prénatales ne sont pas bien faites dans les pays en voie de développement dont le nôtre. Selon les résultats de l'EDSM-IV, le taux de CPN effectué par les sages-femmes et infirmières (36%) reste faible. Face à ce constat nous nous sommes posé un certain nombre de questions :

1. Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des consultantess reçues en CPN au CSCOM de Yirimadio en 2012 ?
2. Est ce que les locaux, les ressources humaines, matérielles et les médicaments essentiels sont conformes aux normes en vigueur au Mali ?
3. Les procédures de consultation prénatale sont-elles conformes aux procédures en vigueur au Mali au niveau du CSCOM de Yirimadio ?
4. Quelles sont les opinions des gestantes et des prestataires sur la qualité de la CPN au niveau du CSCOM ?

III. OBJECTIFS

3.1 Objectif général

Evaluer la qualité de la prise en charge des consultations prénatales au CSCOM de Yirimadio en commune VI du district de Bamako.

3.2. Objectifs spécifiques

1. Apprécier la disponibilité des locaux, des ressources humaines et matérielles au CSCOM de Yirimadio du 12 mars au 17 mai 2012 ;
2. Comparer les procédures de consultation prénatale par les agents chargés des CPN aux procédures en vigueur au Mali au niveau du CSCOM de Yirimadio du 12 mars au 17 mai 2012 ;
3. Recueillir l'opinion des gestantes et des prestataires sur la qualité de la CPN au niveau du CSCOM de Yirimadio ;
4. Proposer des mesures permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des grossesses.

IV. GENERALITES

4.1. Définitions opératoires des concepts

➤ **Evaluation**

L'évaluation est le jugement que l'on donne des résultats d'une activité après l'avoir mesuré et comparé aux normes préétablies et pour une période déterminée. Ce jugement peut être satisfaisant ou, au contraire, insatisfaisant.

➤ **Appréciation**

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

➤ **Qualité**

La qualité est l'état caractéristique d'un service ou d'une activité par rapport aux normes, critères ou attentes préétablis.

Dans notre étude, nous considérons la qualité comme la mesure dans laquelle les ressources disponibles et les services offerts répondent à des normes préétablies.

➤ **Soins prénatals recentrés** : met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que :

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

➤ **Couverture adéquate en CPNR**

La couverture adéquate en CPNR est le pourcentage des femmes enceintes qui sont venues au moins quatre fois en consultation prénatale avant l'accouchement selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire une consultation au premier

trimestre, une consultation au deuxième trimestre et deux consultations au troisième trimestre.

➤ **Temps d'attente**

C'est la durée que met une femme enceinte dans la file d'attente avant d'être reçue par l'agent de santé.

➤ **Norme**

C'est un énoncé qui fixe une performance souhaitable ou possible, lequel sert de référence pour évaluer les gestes et pratiques.

C'est un "repère" qui correspond au niveau souhaité d'excellence et qui sert à évaluer les résultats. En tant que telles, les normes deviennent des modèles à imiter et peuvent servir de points de comparaison

➤ **Utilisatrices**

Il s'agit des femmes enceintes qui fréquentent les maternités pour le suivi de leurs grossesses

➤ **Mortalité maternelle**

Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite. [5]

➤ **Satisfaction des utilisatrices**

Il s'agit d'un jugement de valeur que portent les utilisatrices (femmes enceintes) sur les prestations de la consultation prénatale qu'elles ont reçues de la part des agents de santé.

4.2. Revue documentaire

Les soins prénatales c'est dire les soins qu'une femme reçoit pendant la grossesse concourent à une issue favorable de l'accouchement.

Les soins prénatals ont pour objectifs de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse. Les pratiques médicales pendant la grossesse, extrêmement variables dans les pays occidentaux où elles existent depuis le début des années 1900, ont été exportées vers les pays en développement sans questionnement sur leur intérêt pour réduire les fortes mortalités et morbidités maternelles et périnatales que connaissent ces pays.

La revue documentaire nous a permis de comprendre que la multiplication des CPN pendant la grossesse ne peut pas prévenir les complications au moment de l'accouchement ou après la naissance.

Les conclusions des études les plus récentes conduisent à penser que quatre CPN par grossesse (12, 26, 32, 36 SA) permettent de mettre en place les interventions d'efficacité prouvées pour la mère et le nouveau-né. De forts investissements pour les soins prénatals ont été faits dans les pays en développement, soutenus par les espoirs mis dans « l'approche à risque. La consultation prénatale (CPN) connaît un succès réel auprès des femmes en Afrique de l'Ouest : là où elle est accessible, les femmes l'utilisent largement malgré des conditions d'accueil souvent médiocre. Dans le même temps, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale n'ont pas diminué, elles ont même augmenté dans certains pays. Or, pendant au moins deux décennies, la CPN et le planning familial ont bien souvent été les seules actions réellement organisées en matière de santé féminine, encore que leur objectif était plutôt la diminution de la mortalité infanto-juvénile.

Si, depuis toujours, sages-femmes et obstétriciens savent que toute grossesse est à risque, les données scientifiques manquaient pour valider cette affirmation. Deux enquêtes récentes prospectives en population, seule approche permettant de calculer la valeur prédictive d'un facteur de risque (proportion des femmes

enceintes ayant le facteur de risque développant la complication), sont arrivées à la même conclusion : la valeur prédictive de tous les facteurs de risque actuellement recherchés en CPN est extrêmement faible (< 2% pour la majorité des facteurs de risque et toujours < 20 %). Ainsi, 80 à 98 % des femmes étiquetées (à risque) ne développeront aucune complication et sont potentiellement référées inutilement [13].

Cependant, si le dépistage général des risques pour sélectionner et orienter une partie des grossesses ne donne pas satisfaction, la détection de certains facteurs de risque reste indispensable

Une femme porteuse d'une cicatrice utérine doit accoucher impérativement dans une maternité chirurgicale

La position anormale du fœtus est un facteur de risque réel, voire même la cause directe de dystocie, de rupture utérine et de morbidité/mortalité néonatale. Une présentation transversale et une présentation du siège doivent être dépistées en fin de grossesse

Une grossesse multiple est un facteur de risque maternel et surtout néonatal qui doit faire orienter la femme vers un centre de référence obstétricale pour son accouchement.

La détection d'une rupture prématurée des membranes nécessite une référence vers un service offrant des soins obstétricaux essentiels où, en fonction du terme, une induction du travail peut être envisagée.

Une métrorragie pendant la grossesse, quelle que soit son abondance, est un signe devant être toujours pris au sérieux. En début de grossesse, il doit faire évoquer la possibilité d'un avortement ou d'une grossesse ectopique et nécessite des soins appropriés. En fin de grossesse, il contre-indique formellement le

toucher vaginal et impose une référence urgente pour confirmer ou éliminer un placenta prævia ou un décollement prématuré du placenta.

L'approche traditionnelle aux soins présume que d'avantage de consultations assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte et ne mettent pas l'accent sur les besoins individuels des clientes.

La consultation prénatale a un rôle certain à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les PVD, d'autant que les femmes l'utilisent largement quand elle est accessible. Dans le dossier mère-enfant, l'OMS proposait dès 1994 un nouveau contenu à la consultation prénatale, centré sur les actions d'efficacité avérée.

Une approche actualisée, appelée soins prénatals recentrés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que :

- les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en voie de développement, elles sont souvent difficiles à réaliser du point de vue logistique et financier.
- beaucoup de femmes identifiées comme étant (à haut risque) ne développent pas nécessairement des complications, tandis que des femmes qui sont censées être (à faible risque) peuvent en développer [14].

4.3. Les soins prénatals recentrés insistent sur :

- ✓ des actions orientées selon un objectif qui vise les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés. Ces actions sont adaptées spécifiquement aux populations/régions, appropriées à l'âge gestationnel et basées sur un raisonnement ferme ;

- ✓ des soins individualisés axés sur la femme. Il s'agit des soins basés sur les besoins et préoccupations spécifiques de la femme, les antécédents, l'examen physique, les tests ainsi que les ressources disponibles ;
- ✓ la qualité des visites par rapport à leur nombre. Selon les résultats d'une étude multicentrique de l'OMS, la réduction du nombre de visite n'affecte pas nécessairement le déroulement de la grossesse. L'OMS recommande des soins axés sur un but et un minimum de quatre visites pendant la grossesse ;
- ✓ des soins donnés par des prestataires compétents. Il s'agit de prestataires expérimentés ayant reçu une formation formelle, capables de fournir des soins de santé sûrs et efficaces à la mère et au nouveau-né.

En résumé la consultation prénatale recentrée ne recommande plus :

- les mesures et nombreux examens qui constituent un fardeau pour les femmes et le système de soins de santé ;
- les mesures et examens routiniers telles que la recherche de l'œdème malléolaire, position fœtale avant 36 S.A ;
- soins basés sur l'évaluation des risques. L'approche des risques n'est pas une stratégie efficace pour les soins prénatales parce que, on ne peut pas prédire les complications, toutes les femmes enceintes sont à risque de développer des complications, aussi les facteurs de risque ne sont pas généralement une cause directe des complications.

De nombreuses femmes à (faible risque) développent des complications parce qu'elles ont un faux sentiment de sécurité et ne savent pas reconnaître ou répondre aux problèmes.

La plupart des femmes à (haut risque) accouchent sans complications ce qui entraîne une utilisation inefficace des faibles ressources

Les soins prénatals recentrés partent du principe que toute femme enceinte est à risque de complications et que toute femme devrait donc recevoir les

mêmes soins de base y compris un suivi pour les complications. Cette approche ne se fie pas à certains facteurs de risque et mesures qui font partie de la routine des soins prénatals traditionnels (par exemple, la taille de la mère, l'œdème malléolaire, la position fœtale avant 36 S.A) parce que ces indicateurs ne sont pas avérés efficaces pour améliorer les résultats de la grossesse.

Par contre, les soins prénatals recentrés se fixent aux interventions prouvées et orientées selon un objectif, qui sont appropriées à l'âge de la grossesse, et qui visent les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés. Dans les zones à haute prévalence de paludisme, de telles interventions portent également sur le diagnostic, la prévention et le traitement du paludisme et ses complications.

Une autre stratégie clé des soins prénatals recentrés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de santé compétent, (infirmière, sage-femme, médecin) ou tout autre prestataire ayant les connaissances, compétences et attitudes nécessaires, pour œuvrer vers l'accomplissement des buts des soins prénatals.

4.4. Eléments des soins prénatals recentrés

La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels qui se déroulent généralement sans complication. Les soins prénatals devraient donc se focaliser à assurer, soutenir et maintenir le bien être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement normal. Pour atteindre cela, le prestataire devrait œuvrer vers l'atteinte des buts suivants :

- Détection et traitement précoces des problèmes et complications ;
- Prévention des maladies et des complications ;
- Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications ;
- Promotion de la santé.

4.4.1. Détection et traitement précoces des complications

Bien que la plupart des grossesses soient normales, un but important des soins prénatals est la recherche et le traitement précoces des problèmes qui pourraient compliquer la grossesse. Les soins prénatals recentrés encouragent l'évaluation ciblée, au cours de laquelle le prestataire compétent s'entretient avec la femme, l'examine et effectue des examens complémentaires pour rechercher les signes/symptômes des maladies courantes locales, ainsi que des complications se rapportant à la grossesse.

Les pathologies suivantes ont beaucoup plus d'influence sur la santé maternelle et néonatale :

- paludisme ;
- anémie grave ;
- pré éclampsie/éclampsie ;
- infections sexuellement transmissibles (IST, VIH/SIDA).

Dans les zones endémiques à forte transmission palustre, rechercher les signes/symptômes du paludisme est un élément de routine des soins prénatals recentrés. Le diagnostic se fonde typiquement sur la présence de fièvre et considère également la région dans laquelle la femme vit ainsi que les signes/symptômes connexes.

4.4.2. Prévention des maladies et des complications

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

Les interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales dans le monde sont :

- ✚ la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD) ;
- ✚ la vaccination antitétanique chez la femme enceinte (VAT) : deux doses pendant la grossesse et un rappel six mois après la 2^{ème} dose chez une femme qui n'a jamais été vaccinée. Pour la femme déjà vaccinée, faire un rappel ;
- ✚ La supplémentation en fer/acide folique pour éviter les carences en fer qui peuvent entraîner une anémie grave chez la mère et un petit poids à la naissance.

La posologie indiquée est la suivante :

- **du 1^{er} trimestre de la grossesse à 3 mois après l'accouchement :**
 - donner 60mg de fer élément +400µg d'acide folique par jour (1 CP) ;
- **du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :**
 - donner 120 mg de fer élément +800µg d'acide folique par jour (2 comprimés)
 - espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer acide folique à cause de leur interférence ;
 - si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement ;
 - si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.
- ✚ le déparasitage (Albendazole : 1 comprimé de 400mg) au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse ;
- ✚ d'autres interventions nationales/régionales peuvent être initiées telles que :

- l'apport complémentaire en vitamine A par la consommation de légumes de fruits jaunes ou orange, de fretins etc....
- l'apport complémentaire en iode par la consommation de sel iodé
- l'apport complémentaire en fer par la consommation de foie, cœur, rognon, abats d'animaux, lait et produits laitier, viande rouge, œufs, feuilles vertes foncées, haricot vert, niébé, sorgho, soja etc.....
- 🚦 la prévention de la transmission mère enfant du VIH(PTME) par le dépistage précoce, volontaire et le traitement aux ARV à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse et au début du travail pour la femme enceinte qui n'a pas reçu d'ARV.

4.4.3. Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications :

Si une femme est bien préparée à l'accouchement normal et aux éventuelles complications, elle est plus apte à recevoir les soins appropriés dont elle a besoins pour préserver sa santé et celle de son nouveau-né. Selon les statistiques, 15% de toutes les femmes enceintes développent une complication mettant leur vie en danger et on ne peut pas prévenir la survenue de la plupart de ces complications.

Chaque femme et sa famille doivent se préparer à répondre de manière appropriée à une situation d'urgence. Tout prestataire compétent doit aider la femme et sa famille à développer un plan pour l'accouchement.

Les principaux éléments d'un plan d'accouchement sont décrits ci-dessous :

<p>Prestataire compétent</p>	<p>Les formations sanitaires devraient assurer la disponibilité du personnel qualifié et compétent pour prendre en charge les accouchements et les complications si elles surviennent. Le prestataire doit s'assurer que la femme et sa famille savent comment contacter la structure sanitaire au moment approprié.</p>
<p>Lieu de l'accouchement</p>	<p>Aider la femme à prendre les dispositions pour que l'accouchement ait lieu dans une formation sanitaire (CSCCom, CSRéf, Hôpital, CHU ou clinique privée).</p> <p>Selon les besoins individuels de la femme, il se peut que vous ayez besoins de recommander une structure sanitaire de niveau spécifique pour l'accouchement, ou simplement d'aider la femme à accoucher dans la formation sanitaire qu'elle a choisie.</p>
<p>Transport d'urgence</p>	<p>S'assurer que la femme et sa famille connaissent les systèmes de transport et qu'elles ont pris les dispositions spécifiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le transport au lieu d'accouchement - le transport d'urgence à une structure appropriée si des signes de danger surviennent.
<p>Fonds pour les urgences</p>	<p>S'assurer que la femme et sa famille ont des fonds personnels épargnés ou d'autres sources de financement (mutuelle de santé, tontine et associations) auxquels elles peuvent accéder en cas de besoins pour payer les soins d'un accouchement normal ou compliqué.</p> <p>Si cela est pertinent, discuter des fonds d'urgence qui sont disponibles par l'entremise de la communauté et/ou de la</p>

	structure sanitaire (caisse de solidarité du système de référence/évacuation).
Prise de décisions	<p>Discuter, comment les décisions sont prises dans la famille de la femme (qui prend normalement les décisions ?), et décider de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment les décisions sont prises lors du début de travail ou si des signes de danger surviennent (qui est le décideur principal ?), et - Qui d'autre peut prendre des décisions si cette personne n'est pas présente ?
Le soutien	<p>Aider la femme à prendre des décisions ou des dispositions pour le soutien nécessaire, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une personne qu'elle choisit pour l'accompagner pendant le transport et rester avec elle durant son séjour à la maternité ; quelqu'un pour s'occuper de sa maison et de ses enfants en son absence.
Donneurs de sang	Aider la femme/famille à identifier un ou plusieurs donneurs de sang
Articles nécessaires pour un accouchement propre et sur et pour le nouveau-né	<p>S'assurer que la femme a rassemblé les articles nécessaires pour un accouchement propre et sur. Discuter de l'importance de garder ces articles ensemble pour pouvoir les récupérer rapidement quand elle en aura besoins.</p> <p>Ces articles peuvent être achetés petit à petit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la mère : garnitures/pagnes propres, savon et draps propre, seau, eau de javel 12°, alèze propre, fiche personnel/carnet etc.... - pour le nouveau-né : couvertures, serviette, etc....

- ✓ **N.B** : la liste des articles nécessaires dépend des conditions individuelles et du contexte social.

<p>Signes de danger et signes de travail</p>	<p>S'assurer que la femme et sa famille connaissent les signes de danger qui indiquent le besoin de mettre en œuvre le plan pour les complications éventuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - saignement vaginal ; - Respiration difficile ; - Corps chaud ; - Maux de tête prononcés/vision trouble ; - Convulsions/perte de connaissance ; - Douleurs de l'accouchement avant le terme. <p>S'assurer également qu'elles connaissent les signes du travail qui indiquent les besoins de contacter le prestataire compétent et de mettre en œuvre le plan de préparation pour l'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contractions régulières, progressives douloureuses ; - douleurs de la région lombaire, irradiant du fond de l'utérus ; - pertes sanguinolentes ; - Ecoulement liquidien vaginal.
--	--

4.4.4. Promotion de la santé :

Les soins prénatals recentrés nécessitent du temps pendant chaque consultation pour discuter des importances de santé. Le prestataire compétent devrait s'assurer que la femme et sa famille ont les informations nécessaires pour prendre les meilleures décisions possibles pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum ainsi que des conseils suffisants pour appliquer ces informations à leur situation particulière.

Les femmes enceintes et leurs familles doivent recevoir des messages concernant la santé et des conseils sur des thèmes suivants :

- Le traitement préventif intermittent : L'utilisation de moustiquaires et autres supports imprégnés d'insecticide : La pulvérisation intra domiciliaire ;
- L'hygiène et assainissement du milieu : La nutrition ;
- La prise en charge des troubles mineurs de la grossesse ;
- L'utilisation des produits potentiellement nocifs (alcool, tabac, thé, cola et café....) ;
- L'hygiène corporelle, buccale et vestimentaire ;
- Le repos et les activités à mener ;
- Les rapports sexuels à moindre risque ;
- L'allaitement précoce et exclusif ;
- La prévention du tétanos et de l'anémie ;
- Les conseils et dépistage volontaire pour le VIH ;
- La prévention d'autres maladies endémiques et les carences nutritionnelles ;
- La planification familiale ;

La vaccination de la mère et du nourrisson

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est un objectif accessible dans la plupart des PVD si tous les acteurs du système agissent en synergie, avec compétence et motivation et dans le respect de l'autre et des règles d'éthique.[12]

4.5. Procédures de CPN : [14]

4.5.1. Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bienvenue ;
- offrir un siège ;
- se présenter à la femme ;

- demander son nom ;
- assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

4.5.2. Procéder à l'interrogatoire/enregistrement :

- a. informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- b. recueillir les informations sur l'identité de la femme : nom, prénom, âge, profession, adresse, nom et prénom du mari, profession du mari ;
- c. Rechercher les antécédents médicaux : maladies de la femme, maladies de la mère, du père, maladies héréditaires dans la famille ;
- d. Rechercher les antécédents obstétricaux :
 - parité ;
 - gestité ;
 - nombre d'avortements, de prématuré, de grossesse extra utérine ;
 - nombre d'enfants vivants, de mort-nés, de malformation ou de décès juste ; après l'accouchement, de décès dans la période néonatale et les causes de décès ;
 - problèmes liés aux accouchements précédents (fistule vésico-vaginale, déchirure périnéale, etc.) ;
 - poids de naissance des enfants, espace inter génésique, âge du dernier enfant ;
- e. **Rechercher** les antécédents chirurgicaux :
 - antécédents de césarienne ;
 - antécédents de myomectomie ;
 - antécédents de fistule vésico-vaginale ;
 - antécédents de déchirure périnéale complète compliquée.

f. **Demander** l'histoire de la grossesse actuelle :

- date des dernières règles ;
- pathologie prénatale.

g. **Rechercher** et enregistrer les facteurs de risque :

g1 : Rechercher les maladies coexistant avec la grossesse : Toxémie ; diabète, HTA, cardiopathie

g2 : Relever les anomalies survenant au cours de la grossesse :

- menace d'accouchement prématuré ;
- hémorragies du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

g3 : Relever les notions d'ordre général :

- primigeste inférieure à 16 ans (adolescente) : risque de prématurité, d'expulsion difficile due à l'immaturation des organes ;
- primigeste supérieure à 30 ans : risque d'expulsion longue à cause de la tonicité du périnée pouvant entraîner une souffrance fœtale aiguë ;
- femme de 40 ans et plus : risque d'anomalies congénitales (trisomie 21 : mongolisme), hypertensifs, d'avortement, de prématurité, de placenta prævia ;
- grande multipare, 7 accouchements ou plus : risque de placenta prævia, de présentations vicieuses, de rupture utérine, d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine ;
- grossesses multiples, jumeaux, triplés etc.: risque de prématurité, d'hypotrophie, d'hémorragie par atonie utérine due à la surdistention, de placenta prævia, de présentations vicieuses, de dystocie dynamique, de malformations ;
- Grossesses rapprochées, intervalle inter gésique inférieure à 2 ans : risque d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de malnutrition pour l'enfant déjà né ;

- femme de petite taille, inférieur à 1,50m : risque de bassin rétréci, de décès périnatales élevés ;
- anomalies pondérales, inférieur à 45 kg et supérieur à 90 kg : risque d'accouchement prématuré, de souffrance fœtale aiguë, d'accouchement dystocique ;
- niveau socio-économique faible : risque de prématurité, d'hypotrophie ;
- habitudes de vie (Fumeuse, alcoolisme, excitants, travaux pénibles ou excessifs) : risque d'avortement, de prématurité, d'hypotrophie ;

h. Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultation et les fiches opérationnelles.

4.5.3. Examen général :

- faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire
- expliquer à la cliente le déroulement de l'examen ;
- demander à la cliente de se déshabiller (en privé) ;
- observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis) ;
- peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée) ;
- mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards) ;
- prendre la tension artérielle (assise) ;
- aider la femme à s'installer sur la table d'examen ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel ;
- Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) ;
- recherche les œdèmes au visage ;
- examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, recherche d'une exophtalmie) ;

- examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire) ;
- palper la glande thyroïde (goitre) ;
- examiner les seins (recherche de sécrétion ou de nodules) : CF. fiche technique examen du sein ;
- ausculter le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffres), et les poumons (recherche de râles) ;
- palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépatosplénomégalie) ;
- examiner la région de l'ombilic de hernie ou cicatrice de laparotomie) ;
- examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'oedèmes) ;
- expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;
- noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.

Examen général (suite) : Examen du sein :

a) Conditions :

- expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- lui demander de se déshabiller ;
- existence de lumière suffisante.

b) Examen :

b1. Inspection

- observer les seins de la cliente debout et assise à la recherche de symétrie des seins ;
- vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes ;
- demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps, s'il y a rétraction du mamelon ;

- demande à la cliente de se coucher sur la table d'examen ;
- placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrans

b2. Palpation :

- palper avec les deux mains à plat les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant à examiner et palper vers le mamelon ;
- palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main ;
- presser doucement le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétion (lait, pus, sang) ;
- palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire en abaissant le bras gauche de la cliente le long du corps puis renouveler le même geste du côté droit.
- si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est rendue compte :

Si oui quand l'a-t-elle constatée pour la première fois ? Alors

- rassurer ;
- prendre en charge ou référer la cliente en cas de masse pour une meilleure prise en charge.

Autopalpation des seins :

- apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins ;
- demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour recherche une asymétrie des seins) ;
- placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse ;

- presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang) ;
- recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est fréquent chez la femme.

4.5.4. Procéder à l'examen obstétrical :

- expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical ;
- mettre la femme en position gynécologique ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ;
- palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux ;
- mesurer la hauteur utérine ;
- ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF) ;
- porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles ;
- nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire ;
- placer le spéculum ;
- observer le col et le vagin (état, pathologies) ;
- faire des prélèvements, si nécessaire ;
- retirer le spéculum ;
- tremper le spéculum dans l'eau de décontamination ;
- faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
- examiner le bassin (Cf. fiche technique examen du bassin) ;
- examiner et sentir les pertes sur les gants ;
- nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse ;
- tremper le matériel dans la solution de décontamination ;
- tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire ;
- expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;

- enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

4.5.5. Demander les examens complémentaires :

a) A la première consultation :

- demander le Gs-Rh ;
- demander le test d'Emmel, le taux d'Hémoglobine, le BW albumine/sucre dans les urines ;
- demander/faire le test VIH après counseling.

b) Pour les autres consultations :

- demander albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires selon le besoin ;
- prescrire les soins préventifs :

c) Vacciner la femme contre le tétanos ;

d) Prescrire la SP :

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

- 1^{ère} Prise : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux.
- 2^{ème} Prise : 8^{ème} mois de la grossesse au plus tard.

* L'intervalle minimum est de 1 mois entre les 2 prises ;

* La prise doit être supervisée (en présence du prestataire) ;

* La femme doit dormir sous MII pendant toute la durée de la grossesse et observer les mesures d'hygiène ;

* la SP est contre indiquée avant 4 mois et au 9^{ème} mois

c) Assurer la supplémentation en fer et acide folique :

- Du 1^{er} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :

* Donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (1cp)

- Du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :

* Donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (2cp).

* Espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer acide folique à cause de leur interférence ;

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

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

4.5.6. Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille

- identifier un prestataire complémentaire ;
- identifier le lieu de l'accouchement ;
- clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- informer de la nécessité de recourir le plus tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

- identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- identifier les articles nécessaires pour l'accouchement ;
- renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger

Signes de travail :

- maux de ventre et de dos ;
- contractions régulières et douloureuses ;
- glaire striée de sang (bouchon muqueux).

Signes de danger chez la femme enceinte :

- saignements vaginaux ;
- respiration difficile ;
- fièvre ;
- douleurs abdominales graves ;
- maux de tête prononcés/vision trouble ;
- convulsions/pertes de conscience ;
- douleurs de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine.

4.5.7. Donner le prochain rendez-vous :

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

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

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

c) Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

4.5.9. Consultation prénatale de suivi :

Cf. CPN initiale.

Rechercher :

- les signes de danger ;
- symptômes et signes de maladies ;
- identifier une présentation vicieuse ;
- problèmes/changements depuis la dernière consultation ;
- sensibiliser la femme sur les mesures préventives ;
- sensibiliser la femme sur la PF ;
- ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

V. METHODOLOGIE

5.1 Cadre d'étude [15]

L'étude s'est déroulée au CSCCom de Yirimadio en commune VI du district de Bamako. Le quartier de Yirimadio a une population de 17418 habitants (DNSI 2008) et est limité :

- à l'Est par le village de Niamana ;
- au Nord par Missabougou ;
- au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ;
- à l'Ouest par Banankabougou Faladié.

La population est composée de Bambara, Peulh, Sonrhai, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo. La langue la plus parlée est le Bambara. Les principales activités menées par la population sont entre autres : le transport, le commerce, l'agriculture, l'élevage, et l'artisanat etc.

Le climat est tropical, de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre-mai) et une saison pluvieuse (juin-novembre) qui correspond à la haute transmission du paludisme.

Le CSCCom de Yirimadio a ouvert ses portes en 1997 et comprend :

a) Une unité de médecine comprenant :

- deux salles de consultation ;
- deux salles d'observation (homme et femme) ;
- une salle pour les soins infirmiers ;
- une salle de dépôt des médicaments ;
- un magasin ;

- une salle de conseil et dépistage (non fonctionnel occupée par l'infirmier major) ;
- une toilette ;
- un hangar ;
- une terrasse.

b) Une maternité comprenant :

- un bureau pour sage-femme ;
- une salle de CPN, CPON, PF et PEV ;
- une salle d'attente ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle d'observation ;
- une salle de garde ;
- un couloir ;
- un laboratoire.
- un hangar : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de CCC (Communication pour le Changement de Comportement), de promotion nutritionnelle et de formation continue.

c) Autres bureaux :

- un bureau pour le gestionnaire ;
- un magasin pour le stockage des intrants ;
- un logement pour le gardien ;

- deux toilettes externes.

Le personnel du CSCCom est présenté sur le tableau ci-dessous.

Tableau I : personnel du CSCCom selon l'effectif, la qualification, le sexe, et la fonction

Qualification	effectif	Sexe	Fonction
Médecins	2	M	Directeurs
Sages-femmes	4	F	Chargé de la maternité
Infirmiers 1 ^{er} cycle	4	1M/3F	Chargé de dispensaire/ maternité
Gestionnaire	1	M	Gestionnaire
Gérant de dépôt	1	M	Chargé de dépôt médicaments
Gardien	1	M	Chargé de gardiennage
Matrone	1	F	Chargée de la maternité
Manœuvre	1	M	Chargé de nettoyage
Chauffeur	1	M	Ambulancier
Aide soignante	1	F	Chargé de dispensaire

5.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative.

La collecte des données sur le terrain a été réalisée du 12 mars au 17 mai 2012.

5.3. Population d'étude

➤ Elle était constituée par:

- les femmes enceintes venues en consultation prénatale dans la formation sanitaire pendant la période d'étude, quelque soit le rang de la consultation et l'âge gestationnel ;
- les agents de santé impliqués dans les consultations prénatales recentrées.

5.3.1 Critères d'inclusion

Etaient inclus :

- toute femme enceinte résidant en CVI depuis 6 mois et plus, qui se présente au CSCoM pendant l'enquête et qui donne son accord;
- tout personnel impliqué dans la CPNR et qui accepte de répondre à nos questions.

5.3.2. Critères de non inclusion

- toute femme enceinte résidant en CVI depuis 6 mois et plus, qui refuse de répondre à nos questions ;
- toute femme enceinte résidant en CVI depuis moins de 6 mois ;
- tout personnel impliqué dans la CPNR et qui n'accepte pas de répondre à nos questions.

5.4. Méthode et technique d'échantillonnage

✚ La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.

✚ Les techniques d'échantillonnage suivantes ont été utilisées :

- choix raisonné pour les agents chargés de la CPNR;
- choix exhaustif pour les femmes enceintes.

5.5. Taille de l'échantillon :

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

$$\text{La taille minimale de l'échantillon } n = \frac{p \cdot q}{i^2}$$

Avec :

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

Une précision : $i = 8\%$

$p = 70\%$. Selon EDSM IV, on relève que 70 % des femmes enceintes se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé.

$q = 1 - p = 30\%$

$$\text{La taille de l'échantillon } n = (1,96)^2 \frac{0,70 \times 0,30}{(0,08)^2} = 126,05 = 126$$

En prenant 10% de cette taille comme taux de non réponse possible soit 13, nous avons comme taille minimale de l'échantillon $n = 126 + 13 = 139$.


5.6. Les variables :

Les variables étudiées sont les suivantes :

- qualité des CPNR ;
- caractéristiques sociodémographiques;
- disponibilité des locaux et ressources
- environnement physique des soins ;
- organisation et fonctionnement des services de CPNR ;
- procédures de CPNR ;
- relations interpersonnelles ;
- compétence technique du personnel de santé ;
- opinion des mères et du personnel.

5.7. Techniques et outils de collecte

a) Technique de collecte des données : les techniques suivantes ont été utilisées :

 **l'observation** : elle a concerné :

- les prestataires de la CPNR: nous avons observé les agents dans l'exécution des tâches pour apprécier les performances et relever les insuffisances ;

- le matériel, l'environnement physique et les éléments de l'organisation et du fonctionnement pour apprécier la conformité avec les normes.

✚ **l'entretien** : elle a été faite avec :

- les prestataires, pour apprécier les conditions de travail et recueillir leur opinion sur les prestations fournies.

- les femmes : elles ont été interrogées à la sortie des postes de consultation pour recueillir leur opinion sur la qualité des soins reçus.

✚ **Exploitation documentaire** : elle a concerné

- les fiches de stock des médicaments essentiels : une période de trois mois a été considérée soit 90 jours pour la disponibilité des médicaments avant le jour de l'enquête. Les médicaments concernés étaient la sulfadoxine pyriméthamine, le fer/Acide folique, le mébendazole et le vaccin antitétanique.

- les cartes de santé maternelle, pour apprécier la qualité du remplissage.

b) Les outils de collecte : les outils suivants ont été élaborés :

- une grille d'observation pour les prestataires de la CPNR, le matériel, l'environnement physique et les éléments de l'organisation et du fonctionnement ;

- deux guides ont été élaborés pour les prestataires et les femmes ;

- une fiche d'exploitation documentaire : pour les fiches de stock des médicaments essentiels, les cartes de santé maternelle.

5.8. Déroulement :

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

Une séance de formation d'une demi-journée a été faite sous la supervision de la co-directrice de thèse. Les outils ont été pré testés dans un autre CSCOM de la commune et corrigés avant d'être utilisés sur le terrain.

Nous avons effectué la collecte des données. Les outils remplis étaient examinés chaque jour en fin de journée pour corriger d'éventuelles erreurs. Les fiches étaient gardées dans des chemises et la confidentialité a été respectée.

5.9. Traitement et analyse des données

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

Les étapes suivantes ont été suivies:

- la vérification des données et correction des éventuelles erreurs d'enregistrement sur les fiches de collecte de données ;
- le codage des données ;
- la création d'un masque de saisie et l'analyse des données quantitatives avec le logiciel Epi Info 3.5.3 fr

5.10. Aspects éthiques

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés.

Les sages-femmes ont expliqué aux gestantes que notre présence dans la salle de consultation ne doit pas les gêner en indiquant notre profession et les objectifs de l'enquête. Un consentement éclairé a été demandé aux enquêtées avant le démarrage des entretiens. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Elles ont été rassurées sur le fait qu'elles ne courent aucun risque en refusant d'y participer.

Les résultats de cette étude seront diffusés pour contribuer à l'amélioration des bonnes pratiques médicales ; et non pas pour culpabiliser les enquêtées encore moins pour prendre des décisions qui pourront porter préjudice à ces dernières.

VI. RESULTATS

Après les caractéristiques socio-démographiques des gestantes, les résultats sont présentés par objectif.

6.1. Caractéristiques socio-démographiques des gestantes

Tableau II : répartition des gestantes selon l'âge ; le niveau d'instruction et l'ethnie

Caractéristiques	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Age		
15-19 ans	41	27,3%
20-24 ans	46	30,7%
25-29 ans	38	25,3%
30-34 ans	23	15,3%
30-38 ans	2	1,3 %
Niveau d'instruction		
Aucun	102	68%
Primaire	38	25,3%
Secondaire	8	5,3%
Supérieur	2	1,3%
Ethnie		
Bambara	79	52,7%
Peulh	14	9,3%
Dogon	12	8,0%
Sonrhäï	10	6,7%
Malinké	10	6,7%
Soninké	9	6,0%
Bozo	2	1,3%
Autres	14	9,3%

Parmi les gestantes enquêtées 30,7% avaient un âge compris entre 20 et 24 ans avec des âges extrêmes allant de 15 à 38 ans.

L'âge moyen était de 23,4 ans avec un écart type de 5,2.

Il y a 68,0% des enquêtées qui n'avaient aucun niveau d'instruction et plus de la moitié des gestantes étaient Bambara soit 52,7%

Autres ethnies : Sénoufo ; Kassonké ; Minianka ; Maure.

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de leur état matrimonial, profession et résidence

Caractéristiques	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Etat matrimonial		
Mariées	138	92, %
Célibataires	12	8, %
Profession		
Ménagère	105	70%
Vendeuse	23	15,3%
Aide-ménagère	4	2,7%
Commerçante	3	2,0%
Fonctionnaire	2	1,3%
Autres	13	8,7%
Résidence		
Yirimadio	142	94,7%
Niamana	6	4,0%
Missabougou	2	1,3%

Parmi les gestantes enquêtées, 92% étaient mariées, 70% étaient ménagères et 94,7% résidaient à Yirimadio.

Autres profession : élève, étudiante, couturière.

6.2. Caractéristiques du personnel

6.3. 6.2.1. Qualification des agents :

Parmi les 8 agents interrogés, étaient retrouvées six sages-femmes, une infirmière obstétricienne et une matrone.

6.2.2. Temps au service de la CPN :

La moitié des agents dont trois sages-femmes et une infirmière obstétricienne avait une expérience de moins de quatre ans au service de la CPNR ; deux sages-femmes avaient une expérience de quatre à six ans ; une sage-femme et une matrone avaient plus de six ans d'expérience.

6.2.3. Formation reçue et supervision :

Parmi les agents interrogés, deux seulement ont reçu une formation sur la CPN et cela depuis plus de 5 ans. Plus de la moitié des agents (5/8) avaient été supervisés.

6.4. Locaux et matériels du CSCOM de Yirimadio

Tableau IV : Niveau de qualité de la structure de CSCOM de Yirimadio

Références	Niveau de qualité		Observation
	Bon	Mauvais	
Normes architecturales	+		Respecte toutes les normes architecturales pour un CSCOM
Cour	+		Propre, les poubelles présentes
Salle ou hall d'attente	+		Murs propres, sol propre, espace aéré, bancs en nombre insuffisant, présence d'affiches
Salle de consultation prénatale	+		Murs, sol propre, espace aéré, rideaux aux fenêtres, présence d'affiches, point d'eau fonctionnel
Organisation		+	Il n'y avait aucune affiche indiquant l'organisation de la CPN
Matériels		+	Les matériels existant fonctionnels étaient : table d'examen, pèse-personne, toise adulte, gant/doigtier, réfrigérateur, mètre ruban, appareil à tension, calendrier 2012. Les matériels inexistant étaient : lampe d'éclairage, spéculum, estimateur de la date d'accouchement.

Le niveau de qualité de la structure du CSCOM de Yirimadio est bon.

En ce qui concerne les matériels et l'organisation ; le niveau de qualité est mauvais.

6.4 : Procédures de consultation prénatale par les agents chargés des CPN

6.4.1 Accueil :

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil au centre

Conditions d'accueil	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Comprend la langue de communication	146	97,3%
Salutations conforme aux convenances sociales	102	68,0%
Souhaite la bienvenue	91	60,7%
Invite à s'asseoir	50	33,3%
Se présente et présente les autres membres de l'équipe	2	1,3 %
Demande du carnet de grossesse précédente	4	2,7%
Informe la femme du déroulement de la CPN	12	8,0%
Recherche des informations sur l'identité de la femme	145	96,7%

Il y'a 97,3% des gestantes qui comprenaient la langue de communication qui était le bambara.

6.4.2. Interrogatoire

Tableau IVI : Répartition des gestantes en fonction des CPN réalisées

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
CPN1	102	68,0%
CPN2	21	14,0%
CPN3	13	8,7%
CPN4	14	9,3%
Total	150	100,0%

Parmi les gestantes enquêtées, 68,0% étaient à leur 1^{ère} consultation.

Tableau VI : Répartition des gestantes qui étaient à leur 1^{ère} consultation par période de la grossesse

Période	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	19	19,0%
2 ^{ème} trimestre	39	38,0%
3 ^{ème} trimestre	44	43,0%
Total	102	100,0%

Parmi les gestantes qui étaient à leur 1^{ère} CPN, 43% étaient au troisième trimestre de leur grossesse.

Tableau VII: Répartition des gestantes en fonction de la profession de leur mari

Profession du mari	Fréquence (n=138)	Pourcentage
Commerçant	48	34,8%
Manœuvre	31	22,5%
Chauffeur	22	16,0%
Fonctionnaire	10	7,2%
Cultivateur	9	6,5%
Menuisier	7	5,1%
Mécanicien	4	2,9%
Marabout	3	2,2%
Electricien	2	1,4%
Pompier	1	0,7%
Convoyeur	1	0,7%
Total	138	100,0%

Il y a 34,8% des gestantes enquêtées qui avaient un mari commerçant.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la distance parcourue

Distance parcourue pour venir au centre	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Moins de 2km	85	56,7%
2 - 3km	48	32,0%
Plus de 3km	17	11,3%
Total	150	100,0%

Parmi les gestantes enquêtées, 56,7% ont fait un parcours inférieur à 2 Km.

Age de la grossesse :

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Fréquence (n=150)	Pourcentage
1 - 3 mois	20	13,3%
4 - 6 mois	83	55,3%
7 - 9 mois	47	31,3%
Total	150	100,0%

Il y'a 55,3% des gestantes qui ont consulté entre 4^{ème} et 6^{ème} mois de la grossesse.

6.4.3. Examen physique :

Tableau IXI : Répartition des gestantes en fonction de l'examen physique réalisé

Examen physique réalisé	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Recherche de la vitalité fœtale	150	100,0%
Toucher vaginal	150	100%
Prise de la TA	149	99,3%
Mesure de la taille	149	99,3%
Mesure de la HU	148	98,7%
Examen systématique de la tête aux pieds	145	96,7%
Recherche la position du fœtus	80	53,3%
Examen au spéculum	0	0,0 %

La recherche de la vitalité fœtale et le toucher vaginal ont été fait chez toutes les gestantes soit 100,0%.

6.4.4. Taches après l'examen

Tableau XI : Répartition des gestantes en fonction des taches effectuées après l'examen

Taches effectuées	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Aide la femme à se mettre dans la position assise	1	0,7%
Calcule la DPA	1	0,7%
Communique le résultat à la femme	31	20,7%
Remplir registre et carnet/ carte maternelle	150	100%

Remplir registre et carnet/carte maternelle a été la tâche la plus pratiquée après l'examen soit 100%

6.4.5. Examens para cliniques demandés

Tableau XII : Répartition des gestantes selon les examens para cliniques demandés

Examens demandés	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Groupage /Rhésus	149	99,3%
Test d'Emmel	145	96,7%
Recherche d'albumine et de sucre dans les urines	144	96,0%
Sérologie VIH	0	0,0%

Le groupage /rhésus a été l'examen le plus demandé avec un taux de 99,3%.

Aucune sérologie n'a été demandée.

6.4.6. Conseils pour la santé

Tableau XIIIV : Répartition des gestantes selon les conseils ; soins et préventions donnés

Conseils pour la santé	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Conseils donnés		
Donne des conseils sur: hygiène corporelle, utilisation des produits nocifs; repos et l'activité; AME; prévention du paludisme par la TPI et le MII	146	97,3%
Discute du programme de ses prochaines visites	9	6,0%
Soins et prévention		
Donne du fer/acide folique	150	100,0%
Traite les affections dépistées	145	96,7%
Administre le VAT pour la femme non vaccinée	133	88,7%
Donne SP à partir 16 SA	118	79,0%
Donne toutes les explications sur la prise des médicaments	49	32,7%

Parmi les gestantes enquêtées, 97,3% ont reçu des conseils sur : utilisation des produits nocifs ; repos et l'activité ; AME ; prévention du paludisme par la TPI et le MII.

Toutes les gestantes ont reçu du fer/acide folique avec un taux de 100% comme moyen de prévention contre l'anémie.

6.4.7. Communication interpersonnelle :

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la communication interpersonnelle

Communication interpersonnelle	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Indique la date du prochain rendez-vous	150	100,0%
Ecoute attentivement la cliente	88	59,0%
Utilise un vocabulaire approprié	84	56,0%
Utilise une communication positive non verbale	62	41,3%
Répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement	41	27,3%
Demande à la cliente si elle a d'autres questions/problèmes	26	17,3%
Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien	5	3,3%

Toutes les gestantes ont été convoquées pour un prochain rendez-vous soit un taux de 100%.

Tableau XVI : Répartition des gestantes en fonction de la qualification et du statut du personnel chargé de la CPNR

Caractéristiques	Fréquence (n=150)	Pourcentage
Qualification		
Sage-femme	139	92,7%
Infirmière obstétricienne	8	5,3%
Matrone	3	2,0%
Statut		
Fonctionnaire	104	69,3%
Contractuelle	26	17,3%
Stagiaire	20	13,3%

Parmi les gestantes enquêtées, 92,7% ont été examinées par les sages-femmes dont plus de la moitié était fonctionnaire soit un taux de 69,3%.

NB : Fonctionnaires étaient constitués de deux sages-femmes. Une matrone et deux sages-femmes étaient contractuelles ; trois sages-femmes étaient des stagiaires.

6.5. Opinions sur la CPN :

6.5.1. Opinions des gestantes

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon leur opinion sur la CPN et leur appréciation par rapport au coût des médicaments et l'environnement de la maternité

Opinions	Fréquence	Pourcentage
Satisfaction (n=150)		
Oui	149	99,3%
Non	1	0,7%
Motifs de satisfaction (n=149)		
Disponibilité du personnel	146	98,0%
Prise en charge	145	97,3%
Accueil	138	92,6%
Disponibilité des médicaments prescrits	112	75,2%
Temps d'attente court	100	67,1%
Appréciation (n=150)		
Coût des médicaments		
Moins cher	118	79,0%
Ne sait pas	23	15,3%
Cher	9	6,0%
Environnement de la maternité		
Très propre	142	94,7%
Passablement propre	8	5,3%

Parmi les gestantes enquêtées 99,3% étaient satisfaites des services de CPN.

La disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué par les gestantes avec un taux de 98%.

Selon 79% des gestantes, les médicaments étaient moins chers et 94,7% ont jugé que l'environnement de la maternité est agréable.

6.5.1. Opinions du personnel

Tous les agents ont donné leur point de vue sur la CPN qui était entre autre :

- *acte de surveillance mère-enfant ;*
- *c'est très important, parce qu'elle représente le pivot de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ;*
- *la CPN est importante parce que pendant la CPN on remarque tout du début à la fin ;*
- *la CPN permet de surveiller, de poser des diagnostics et le pronostic de l'accouchement ;*
- *permet de détecter les anomalies au cours de la grossesse ;*
- *suivi de la grossesse.*

La totalité des agents étaient entièrement satisfaits de faire la CPN.

Difficultés observées :

Parmi les agents interrogés, deux n'ont signalé aucune difficulté. Par contre six agents ont fait état de leurs difficultés qui sont :

- *manque de matériels ;*
- *bas niveau de compréhension des gestantes, ce qui ralenti le travail ;*
- *non respect des RDV par les femmes;*
- *les ordonnances non payées et bilans non faits ;*
- *nombre élevé de gestante par rapport aux personnels qualifiés ;*

7. DISCUSSIONS

Niveau de qualité des structures

Nous avons classé le niveau de qualité en deux qui sont : bon et mauvais.

Cette classification a été faite selon les références sur les quelles une observation a été faite.

Ainsi la structure du CSCOM de Yirimadio se présente comme suit :

La clôture était en bon état, la construction est faite en ciment. La cour est propre et il y'avait présence de poubelles. Le sol et les murs des salles d'attente et de consultation étaient propres. La toilette était propre et accessible à tous.

L'organisation de la CPN n'était pas faite car il n'y'avait aucune affiche pour l'énumération des tâches et du calendrier des activités de la maternité.

Les matériels étaient en nombre insatisfaisant car le spéculum ; la lampe d'éclairage et l'estimateur de la date d'accouchement n'étaient pas présents dans la salle de CPN.

A l'analyse de qualité de notre structure, le CSCOM de Yirimadio a été classé niveau de qualité bon.

Ce résultat est similaire à ceux de Camara D [16] et Traoré I [17]. Cela pourrait s'expliquer par le dynamisme des organes administratifs et de gestion de l'ASACROYIR et une bonne collaboration avec ses partenaires.

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 à 24 ans a été la plus représentée avec un taux de 30,7% avec des âges extrêmes allant de 15 à 38 ans. 27,3% des gestantes avaient un âge inférieur ou égal à 20 ans et 17,0% avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans. Ce résultat est meilleur à celui Camara D [16] qui a trouvé que la tranche d'âge 16-23 ans a été la plus représentée 60,5% des cas

avec des extrêmes allant de 16 à 41 ans. Plus de la moitié de nos gestantes (68%) n'avaient aucun niveau d'instruction. Ce taux est supérieur à celui de Camara D [16], qui a trouvé 66,0%. Ceci peut s'expliquer par le fait que Yirimadio a un statut de quartier semi urbain.

Les résultats d'une étude faite sur la fécondité par l'EDS-M IV montrent que le niveau d'instruction de la mère influence légèrement la durée de l'intervalle inter génésique: en effet, sa valeur médiane varie d'un minimum de 31,7 mois pour les naissances des femmes sans instruction à un maximum de 37,6 mois pour celles dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.[6]

La majorité des gestantes, (92%) étaient mariées. Ce taux est supérieur à celui de Camara D [16] qui avait trouvé 66%.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses soit 70% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 1,3%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisés étaient les plus représentées. Ce taux est inférieur à celui de Camara D [16] qui était 83,5%.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement [6]. Plus de la moitié des gestantes étaient à leur 1^{ère} CPN soit 68% dont 43% étaient au troisième trimestre de leur grossesse. Ce résultat est moins bon par rapport à celui de l'EDS-M IV qui a trouvé que dans 30 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse [6]. Cela s'explique par le fait que dans nos sociétés, beaucoup de femmes cachent leur début de grossesse soit par honte ou par peur d'une sorcellerie qui pourrait être cause de décès de leur fœtus.

Conditions d'accueil

Le bambara a été la langue de communication la plus utilisée avec un taux de 97,7%. Il y'avait seulement 4 gestantes qui ne parlaient pas ou avaient des difficultés de prononciation de la langue bambara, pour qui les interprètes appropriés ont été cherchés. Les gestantes étaient saluées conformément aux

convenances sociales par les agents dans 68,0%. Les gestes comme souhaite la bienvenue, invite à s'asseoir, informe la femme du déroulement de la CPN n'étaient pas suffisamment pratiqués avec respectivement 60,7%, 33,3% et 8,0%. Cela s'explique par le fait que les chaises étaient en nombre insuffisant, les gestantes ne respectaient pas l'ordre d'arrivée. Au lieu de souhaiter la bienvenue les agents se mettaient à maintenir l'ordre, ce qui favorisait les cafouillages et les disputes dans la salle de consultation. Il arrivait souvent même que deux ou trois gestantes se retrouvent dans la sale cela veut dire que la confidentialité n'était pas respectée.

Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ; demander du carnet de grossesse et informer la femme du déroulement de la CPN étaient les gestes les moins pratiqués avec respectivement 1,3% ; 2,7% et 8,0%. La présentation et l'information ont pour objectif de rassurer et de mettre en confiance les gestantes. Elles permettent aux gestantes d'avoir du plaisir de venir à chaque rendez-vous.

L'accueil était de faible qualité. Ce constat est différent de celui de Camara D qui trouvait que l'accueil était de bonne qualité. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des agents n'ont pas été formés en matière de CPNR.

Examen physique

Concernant l'examen physique nous avons constaté que certains gestes tels que se laver les mains avant et après l'examen et l'examen au spéculum n'étaient jamais exécutés. Chez Camara D [16] le spéculum n'a été utilisé que dans 5,5% des cas. Ce faible taux d'utilisation serait dû à leur nombre insuffisant dans les CSCOM.

Les autres examens tels que le toucher vaginal, la prise de la TA, la mesure de la taille, la recherche de la vitalité fœtale, la mesure de hauteur utérine et la recherche de la vitalité fœtale ont été réalisés chez la quasi-totalité des gestantes. Ce résultat est similaire à celui de Camara D [16].

Le remplissage du registre et la communication du résultat à la femme ont été les tâches les plus effectuées après l'examen. Par contre décontaminer le matériel, aider la femme à se mettre dans la position assise et calculer la date présumée de l'accouchement n'ont été presque pas effectués. Ce constat explique la rapidité des agents qui étaient très pressés pour partir à la maison ou s'occuper de leur garde.

Selon les normes et procédures de la CPN au Mali [14] les examens complémentaires doivent être demandés dès la 1^{ère} consultation, ils sont souvent indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse.

Dans notre étude les examens complémentaires tels que le groupage/rhésus, le test d'Emmel, la recherche d'albumine et le sucre dans les urines ont été demandé chez presque toutes les gestantes avec respectivement 99,3%, 96,7% et 96,0%. Ce résultat est de loin supérieur à celui de Camara D qui a trouvé 7,0% pour le groupage/rhésus. Par contre le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (transmission mère enfant du VIH) n'a pas été demandé. Ce résultat est différent de celui de Camara D où le dépistage de VIH/SIDA était demandé à 62,5%.

Ce constat s'explique par le fait que durant la période d'étude il y'avait une rupture de réactif au centre. Cette rupture pourrait augmenter le risque de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA et exposait les agents aux contaminations.

Presque toutes les gestantes ont reçu des conseils sur l'hygiène corporelle, l'utilisation des produits nocifs ; le repos ; l'allaitement maternel exclusif et la prévention du paludisme par la TPI et le MII soit 97,3%.

Opinion des gestantes

Malgré les conditions d'accueil pas bonnes ; la plupart des gestantes enquêtées (99,3%) étaient satisfaites des services de CPN. C'est seulement une gestante qui a déploré les conditions dans lesquelles les agents accueillaient les femmes

au centre. Ce résultat s'explique par le fait que la majorité des gestantes avaient moins d'expérience; parce qu'elles étaient à leur 1^{ère} CPN.

La disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué par les gestantes avec un taux de 98%. Selon 79% des gestantes les médicaments étaient moins chers et 94,7% ont jugé que l'environnement de la maternité est agréable. Ces résultats prouvent que le CSCOM de Yirimadio est beaucoup apprécié par les gestantes.

Opinion des agents

Les agents ont tous donné leur point de vue sur la CPN qui était entre autre :

- *acte de surveillance mère-enfant ;*
- *c'est très important, parce qu'elle représente le pivot de la lutte contre MMN ;*
- *la CPN permet de surveiller, de poser des diagnostics et le pronostique de l'accouchement ;*
- *permet de détecter les anomalies au cours de la grossesse.*

Ces opinions démontrent que les agents chargés de la CPN ont besoin de formation sur la CPNR parce qu'ils ne connaissent pas assez ces buts essentiels qui sont :

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

La totalité des agents étaient entièrement satisfaits de faire la CPN. Ceci est important dans la mesure où ça leur permet d'améliorer leur performance.

Difficultés observées :

Parmi les agents interrogés, deux n'ont signalé aucune difficulté. Ceux-ci étaient des stagiaires et n'avaient pas beaucoup d'expérience en matière de CPN .Ils ont commencé à venir au centre il y'a à peine moins de 6 mois.

Par contre les six agents qui avaient plus d'expérience en matière de CPN, ont fait état de leurs difficultés qui sont :

- *manque de matériels ;*
- *bas niveau de compréhension des gestantes,*
- *non-respect des rendez-vous par les femmes;*
- *les ordonnances non payées et bilans non faits ;*
- *nombre élevé de gestante par rapport aux personnels qualifiés.*

Toutes ces difficultés évoquées par les agents ont été constatés sauf que durant notre période d'étude la plupart des gestantes respectaient les rendez-vous.

VIII : Conclusions et recommandations

8.1. Conclusion

Il s'agit d'une étude descriptive à visé évaluative sur la qualité de la consultation prénatale qui s'est déroulée du 12 mars au 17 mai 2012 au Centre de Santé Communautaire de Yirimadio en commune VI du District de Bamako. Au cours de l'étude on a pu analyser la qualité de la structure sanitaire, la qualification et les prestations du personnel et enfin l'opinion des gestantes et du personnel sur la CPN.

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CSCOM de Yirimadio est de niveau qualité bonne c'est-à-dire que les références évaluées sont assez satisfaisantes mais souvent limitées par l'absence d'affiche pour l'organisation de la CPN ; les matériaux techniques étaient incomplets (pas d'estimateur de la date de grossesse, pas de lampe d'éclairage ; pas de spéculum dans la salle de CPN).

Il ressort de notre étude que la plupart des consultations ont été effectuées par les sages-femmes. Les conditions d'accueil n'étaient pas bonnes. Les agents ne se lavaient pas les mains avant et après l'examen ; l'examen au spéculum n'a jamais été pratiqué. Cependant les examens tels que le toucher vaginal; la recherche de la vitalité fœtale ; la prise de la tension artérielle et la mesure de la HU et de la taille ont été presque systématiques chez toutes les gestantes. Les tâches après l'examen n'ont pas été suffisamment exécutées à part remplir registre et carnet/carte maternelle qui était exécuté à 100,0%. Les examens para cliniques ont été presque tous demandés ; cependant la sérologie VIH n'a jamais été demandée. Toutes les gestantes ont reçu des prescriptions de soins et de prévention, mais la prévention de l'anémie par du fer/acide folique a été la plus prescrite. Le déparasitage par le mébendazole n'a pas été fait. La communication interpersonnelle n'était pas bonne entre prestataires et gestantes. Presque la totalité des gestantes étaient satisfaites des services de CPN ; la disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué. Pour la

majorité des femmes enquêtées les médicaments sont moins chers et l'environnement de la maternité est propre. Les 8 agents interrogés étaient satisfaits de faire la CPN. La moitié des agents avaient fait plus de 4 ans au service de la CPN et 2 seulement ont fait la formation il y'a plus de 5 ans.

8.2. Recommandations

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

Aux personnels de santé :

- Appliquer les normes et procédures en CPN recentrées
- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, sur -les facteurs de risques, les avantages à débiter la CPN au premier trimestre et améliorer la communication interpersonnelle.
- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et les médecins en associant ces derniers aux prises de décisions.
- Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire que l'examen physique.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains avant et après chaque examen.
- Encourager les gestantes qui font régulièrement les CPN.
- Eviter la présence de tierce personne en vue de respecter la confidentialité des gestantes.

Aux membres du comité de gestion de l'ASACROYIR :

- Construire les salles de consultation prénatale et les doter de tous les matériels y compris les spéculums, lampe électrique, estimateur de la date d'accouchement.
- Promouvoir la formation et le recyclage des agents chargés de la CPN.

Aux autorités politiques et administratives :

- Adopter une politique de gratuité de la CPN ;
- organiser des émissions radiophoniques sur la CPNR ;

- promouvoir la scolarisation des filles ;
- mettre en place un système de prise en charges des démunis.

Aux consultantes :

- Se rendre le plus tôt possible au centre de santé en cas de retard des règles.
- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez-vous.
- Appliquer les conseils donnés par les prestataires
- payer les ordonnances et faire les examens complémentaires.

IX. REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé

Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant
Résumé du rapport sur la santé dans le monde ; 2005.

2. Organisation Mondiale de la Santé

Mortalité maternelle : Aide-mémoire N°348 ; Novembre 2010.

3. Organisation mondiale de la Santé

Au-delà des Nombres ; Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse : Genève ; 2004.

4. Organisation des Nations Unies

Eliminer la pauvreté 2015 objectif du millénaire pour le développement.
Sommet de nations unies, New York du 20-22 Septembre 2010.

5. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale

Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 ; 2011.

6. Cellule de Planification du Ministère de la santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc.2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

7. Franklin BOUBA DJOURDEBBE

La déperdition des soins prénatals au Tchad
Mémoire : Cameroun : IFORD ; 2005.

8. USAID

Bulletins techniques de santé globale : Soins prénatals focalisés: une meilleure stratégie, moins chère et plus rapide, fondée sur des données probantes
<http://www.coopgabon.net/thanguy> (site web consulté le 09/12/2011)

9. Organisation Mondiale de la Santé

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours :
Genève : OMS ; 2000

10. Banque Mondiale

Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé: BM ; 1993

11. Organisation Mondiale de la Santé

Quarante-cinquième session du Comité Régional de l’OMS pour l’Afrique.

Rapport final. Libreville : OMS ; 1995

12. Quevison, K.

Influence de la qualité des soins prénataux sur l’issue de la grossesse à la maternité de l’HOMEL Cotonou Th : Gynéco-obstétrique : UAC : FSS ; 2005

13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Santé maternelle en Afrique francophone

Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 31, N° 1 - février 2002

14. Direction Nationale de la Santé/ Mali

Division santé de la reproduction : Consultation prénatale recentrée : Mali ;
Novembre 2011

15. Moussa N’golo Diarra

Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles observés au CSCOM de Yirimadio en commune VI du District de Bamako

Thèse : Médecine : Bamako: FMPOS ; 2012; n° 190

16. Daouda Camara

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé communautaire de Bacodjicoroni en commune V du district de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako : FMPOS ; 2008; n° 217

17. Issa Traoré

Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé communautaire « ADASCO » de Daoudabougou en commune V du district de Bamako

Thèse : Médecine : Bamako : FMPOS; 2009 ; n° 38

X. ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'observation de la CPN

StructureN° Fiche.....N° Dossier ou carnet CPN

Date d'observation.....

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

Caractéristiques de la gestante

Nom.....

Prénom.....

Age :

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

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

Profession /___/ 1= Ménagère, 2= Vendeuse, 3= Fonctionnaire, 4= Aide-ménagère, 5= Commerçante, 6 =Autres

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

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

Résidence.....

...../

Nombre de CPN réalisées

CARACTERISTIQUES DU PERSONNEL QUI A PRIS EN CHARGE LA GESTANTE

Qualification /___/ 1= Médecin, 2= Sage-femme, 3= Matrone, 4= Infirmière obstétricienne, 5 =Autres

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

ACCUEIL

Salutation conforme aux convenances sociales /_____/ 1 =oui 2 non

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

Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ? /_____/ 1= oui, 2=non

Se présente et présente aux autres membres de l'équipe /_____/ 1= oui ;
2= non

Demande ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance /_____/ 1=
oui ; 2= non

Langue de communication /_____/ 1 =Français, 2= Bambara, 3= Autres

Consultante comprenait-elle la langue ? /_____/ 1= oui, 2= non

Si non a-t-on fait appel à un interprète ? /_____/ 1= oui 2= non

Demande du carnet de la grossesse précédente /_____/ 1= oui présent ; 2=
non absent

INTERROGATOIRE

Interrogatoire (sur la situation personnelle de la parturiente)

Profession du mari /_____/ 1 cultivateur, 2= commerçant, 3= Fonctionnaire,
4= Manœuvre, 5= Autres

Distance parcourue pour venir au centre..... Km

Interrogatoire/Antécédents

Informe la femme du déroulement de la consultation /_____/ 1= oui ;
2= non

Recherche des informations sur l'identité de la femme /_____/ 1=oui ;
2= non

Recherche l'antécédent gynéco obstétrique

Recherche les antécédents médicaux et chirurgicaux (HTA , diabète ,
césarienne.....)

Recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé du dernier enfant pour la
vaccination antitétanique

Date des dernières règles.....

Examen physique

Se laver les mains avant et après l'examen /_____/ 1=oui ; 2= non

Prise de la tension artérielle /_____/ 1=oui ; 2=non

Mesure de la taille /_____/ 1= oui ; 2= non

Examen systématique de la tête aux pieds (conjonctives ; seins ; cicatrices abdominales) /_____/ 1= oui ; 2= non

Mesure de la hauteur utérine /_____/ 1= oui ; 2= non

Recherche la vitalité fœtale (mouvements fœtaux actifs, bruits du cœur fœtal) /_____/ 1= oui ; 2= non

Recherche la position du fœtus (36 S.A) 1= oui ; 2= non

Examen au speculum /_____/ 1= oui ; 2= non

Toucher vaginal /_____/ 1= oui ; 2= non

Tâches après l'examen physique

Décontamine le matériel : gant ; spéculum /_____/ 1=oui ; 2= non

Aide la femme à se dans la position assise /_____/ 1= oui ; 2= non

Calcule la date présumée de l'accouchement /_____/ 1= oui ; 2=

Communique le résultat de l'examen à la femme /_____/ 1= oui ; 2= non

Remplit registre, carnet de santé, carte maternelle /_____/ 1= oui ; 2= non

Examens para cliniques demandes

Groupage/rhésus /_____/ 1= oui ; 2= non

Test d'Emmel /_____/ 1= oui ; 2= non

Sérologie VIH /_____/ 1= oui ; 2= non

Recherche l'albumine et le sucre dans les urines /_____/ 1= oui ; 2= non

Conseils pour la santé

Discute du plan d'accouchement et des complications avec la femme et du bien-fondé de l'implication de son mari /_____/ 1= oui ; 2= non

Cherche une possibilité de rencontrer le mari pour son implication /_____/ 1= oui ; 2= non

Donne des conseils sur : hygiène corporelle ; utilisation des produits nocifs(alcool, tabac) ; repos et l'activité ; allaitement maternel exclusif ; prévention du paludisme par la TPI et le MII /_____/ 1= oui ; 2=non

Discute du programme de ses prochaines visites /_____/ 1= oui ; 2= non

Soins et préventions

Traite les affections dépistées /_____/ 1= oui ; 2= non

Donne la dose supervisée de SP à partir de 16 S.A /_____/ 1= oui ; 2= non

Donne du fer/acide folique /_____/ 1= oui ; 2= non

Donne du mébendazole à partir de 16 S.A /_____/ 1= oui ; 2= non

Administre le VAT pour la femme non vaccinée /_____/ 1= oui ; 2= non

Donne toutes les explications sur la prise des médicaments /_____/ 1= oui ; 2= non

Communication interpersonnelle

Ecoute attentivement la cliente /_____/ 1= oui ; 2= non

Utilise une communication positive non verbale (sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie) /_____/ 1= oui ; 2= non

Utilise un vocabulaire approprié /_____/ 1= oui ; 2= non

Répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend /_____/ 1= oui ; 2= non

Demande la cliente si elle a d'autres questions/problèmes à poser /_____/ 1= oui ; 2= non

Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien /_____/ 1= oui ; 2= non

Indique la date du prochain rendez-vous /_____/ 1= oui ; 2= non

Annexe 2 : Guide d'entretien individuel avec les utilisatrices

Satisfaction :

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

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

- Accueil : l'agent salut ou répond poliment à votre salutation, vous fait asseoir, vous demande le motif de votre consultation et vous explique le déroulement de l'examen /_____/ 1= oui ; 2= non
- Prise en charge : Déroulement de l'examen physique comme souhaité, évolution de la grossesse, conseils donnés sur l'hygiène, la nutrition, la prise des médicaments, le prochain rendez-vous /_____/ 1= oui ; 2= non
- Disponibilité du personnel (agent de santé consacre son temps aux clients au lieu d'être occupé à faire autre chose aux heures de travail) /_____/ 1= oui ; 2= non
- Disponibilité des médicaments prescrits (fer, SP, quinine) /_____/ 1= oui ; 2= non
- Temps d'attente : /_____/ 1= court ; 2= long

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

- Cher : 1
- Moins cher : 2

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

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

Annexe 3 : Grille d'observation de l'environnement physique

La cour

Propre /_____/ 1 = oui ; 2= non

Présence de poubelles /_____/ 1= oui ; 2= non

Sale ou hall d'attente

Murs propres /_____/ 1= oui ; 2= non

Sol propre /_____/ 1= oui ; 2= non

Espace aéré /_____/ 1= oui ; 2= non

Bancs ou chaises en nombre suffisant /_____/ 1= oui ; 2= non

Présence d'affiches /_____/ 1= oui 2= non

Salle de consultation

Murs propres /_____/ 1= oui ; 2= non

Sol propre /_____/ 1= oui ; 2= non

Espace aéré /_____/ 1= oui ; 2= non

Rideaux aux fenêtres /_____/ 1= oui ; 2= non

Présence d'affiches /_____/ 1= oui ; 2= non

Point d'eau fonctionnel /_____/ 1= oui ; 2= non

Toilette

Fonctionnelle /_____/ 1= oui ; 2= non

Murs propre /_____/ 1= oui ; 2= non

Sol propre /_____/ 1= oui ; 2= non

Accessible à tous /_____/ 1= oui ; 2= non

Annexe 4 : Grille d'observation du matériel

Formation sanitaire.....

Date.....

.....

Cotation : 1= nombre existant ; 2= nombre existant fonctionnel ; 3= nombre existant non fonctionnel

Table d'examen : /_____/

Pèse- personne : /_____/

Toise adulte : /_____/

Stéthoscope obstétrical : /_____/

Spéculum : /_____/

Lampe d'éclairage : /_____/

Gant/Doigtier à usage unique : /_____/

Stérilisateur à vapeur : /_____/

Réfrigérateur : /_____/

Mètre ruban : /_____/

Appareil à tension + stéthoscope médical : /_____/

Calendrier 2012 : /_____/

Estimateur de date d'accouchement : /_____/

Ordinogramme : /_____/

Autres matériels

Annexe 5 : Grille d'observation de l'organisation

Cotation :

1= élément observé

2= élément non observé

Affichage de l'énumération des tâches pour les agents impliqués dans la CPN :

/_____/

Affichage du calendrier des activités de la maternité : /_____/

Affichage du programme de supervision du personnel chargé de la CPN :

/_____/

Affichage du programme de recyclage du personnel : /_____/

Annexe 6 : Guide d'entretien avec les agents chargés de la CPN

Qualification de l'agent :.....

Depuis combien de temps faites-vous la CPN ?.....

Avez-vous reçu la formation dans ce domaine ?.....

Si oui, il y'a combien de temps ?.....

Avez-vous été supervisé ?.....

Si oui, il y'a combien de temps ?.....

Etes-vous satisfaits de faire ce travail tous les jours ?.....

Que représente la CPN pour vous ?.....

Quelles sont vos difficultés

Annexe 7 : Fiche signalétique :

Nom : Guiteye

Prénom : Amadou

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de Santé Communautaire de Yirimadio en Commune VI du District de Bamako.

Année Universitaire : 2011-2012.

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé de la thèse :

Notre étude menée dans le Centre de Santé Communautaire de Yirimadio en commune VI du District de Bamako du 12 mars 2012 au 17 mai 2012 a été descriptive à visé évaluative sur l'observation des CPN; des structures et l'opinions des gestantes et des agents sur la dite activité.

Notre enquête a révélé que :

Par rapport aux structures et l'organisation du travail, elles sont de niveau assez élevé car elles s'adaptent aux activités qu'elles sont censées d'abriter. Les conditions d'accueil et d'orientation sont d'un niveau faible. L'état des toilettes était bon et très bien entretenu.

Par rapport aux CPN :

Elles étaient faites en majorité par des sages- femmes. L'examen physique a été jugé de très bonne qualité ; les tâches après l'examen n'ont pas été bien exécutées. Les examens para cliniques, soins et prévention étaient d'un niveau acceptable. Les conseils pour la santé et la communication interpersonnelle étaient de niveau faible.

L'hygiène de la consultation était de moins bonne qualité.

Le respect de l'intimité et la confidentialité étaient de niveau bas.

Conclusion :

Notre étude a révélé que les consultations prénatales (CPN) étaient d'un niveau de qualité faible dans le centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI du District de Bamako.

Vu ce constat, nous avons suggéré quelques recommandations pour renforcer les acquis sur le niveau de qualité des structures déjà en place et améliorer la qualité des consultations prénatales dans ce CSCOM.

Mots clés : Qualité des soins, consultation prénatale, centre de santé communautaire.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.