

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement

Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T.B**

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

**FMOS**

Année universitaire 2018-2019

Thèse N° :..... /

**THÈME**

**Evaluation de la qualité de la consultation  
prénatale dans le Centre de Santé de Référence de  
Nara en 2018**

Présenté et Soutenu publiquement le 21/ 09 /2020 devant le jury de la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie

Par :

**M. Mahamadou Yehia MAÏGA**

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

**JURY**

Président : Professeur Moustapha TOURE

Membre : Docteur Souleymane TRAORE

Membre : Docteur Soumana Oumar TRAORE

Co-Directeur : Docteur Mamadou KEITA

Directeur : Professeur Cheick Bougadari TRAORE

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail à :

Louange à ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Je dédie ce travail :

A toutes les femmes souffrantes des difficultés liées à la grossesse et à l'accouchement.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu leurs vies en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont connu une expérience douloureuse en voulant donner la vie.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

### **A mon Feu père Yehia Ibrahim MAIGA :**

Les mots me manquent pour exprimer ma joie et ma fierté pour avoir eu un père comme toi. Tes bénédictions et tes conseils ne m'ont jamais manqué durant mes études, repose en paix.

### **A ma mère Oumou-Kalsoumi MAIGA :**

Femme de ménage, femme des champs, femme des rivières, Maman 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.

### **A mes Sœurs et frères : Hadajata, Hachiatou, Feue Hamamatou, Bouchira, Aichata, Fatoumata, Kalsoumi, Feue Fadimata, Habibatou, Feue Laila, Halimatou, Oukachata, Zakaria et Abdoul-Fattahi.**

Vous m'avez toujours conseillé et encouragé dans le cadre de mes études et c'est avec plaisir que vous avez toujours répondu à mes besoins. Ce travail est aussi le vôtre.

### **A mes oncles et tantes**

Vous m'avez apporté confort et affection depuis mon enfance. Vous m'avez toujours conseillé et encouragé dans le cadre de mes études et c'est avec plaisir que vous avez toujours répondu à mes besoins. Ce travail est aussi le votre

### **A tous les membres de ma famille**

Pour votre assistance morale et matérielle. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **A mes amis et camarades**

Pendant ces huit ans nous avons partagé beaucoup d'expériences parfois difficiles mais nous voilà à la fin. Permettez-moi, chers amis de vous dédier ce travail en mémoire de ce temps passé ensemble à la faculté qui nous a semblé infranchissable. Qu'ALLAH nous gratifie de sa clémence.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

## **REMERCIEMENTS**

### **A mes oncles Aliou et Abdoul Aziz Maiga :**

Pour votre assistance inestimable et votre attachement à mon égard. Toutes mes sincères reconnaissances.

### **A mon Parrain et Oncle Youssef Djoudjel :**

Tu m'as appris à lire et à écrire, tes conseils ont éclairé ma voie et resteront pour moi un repère sûr. Qu'Allah te donne encore longue vie dans la santé et qu'il fasse que je puisse jouer pleinement mes devoirs envers toi.

**A mes amis :** Moudirou Coumare, Ousmane Dembélé, Adama Koïta, Hawa Tamboura, Dramane Coulibaly, Moctar Alpha, Hamidou Tapily, Abdoulbaste Maiga, Abdoulaye Togo et Assanatou Dembélé.

Ce travail est le vôtre, il est la volonté et la consécration de votre soutien manifeste.

Je ne retiendrai de vous que les agréables souvenirs et moments vécus ensemble. Soyez assurés de ma constante disponibilité et recevez ici l'expression de toute mon amitié.

**A Dr Keïta Mamadou** mon encadreur, cher maître vous avez été pour moi plus qu'un encadreur. Je prie Dieu pour qu'il vous accorde longue vie et que je sois à la hauteur de vos ententes.

### **A tout le personnel du CSRéf de Nara**

Pour votre aimable sympathie et votre sincère cordialité. Recevez ici l'expression de mes respectueuses considérations.

### **Au personnel du service de Gyneco-obstétrique du CSRéf de la commune VI :**

Pour leur disponibilité et leur grande générosité. Les moments passés avec vous ont été d'une richesse inestimable. Soyez remerciés pour la formation.

### **Au corps professoral de la F.M.O.S**

Pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en récompense.

**A tous les médecins du CSRéf de Nara**

Cher maitre vous avez contribué en grande partie à la réalisation de ce travail. Trouvez ici mes sincères reconnaissances. Ce travail est aussi le vôtre.

**A toutes les Sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones de la maternité du CSRéf de Nara :** je vous remercie du fond du cœur pour l'enseignement reçu et l'hospitalité légendaire.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Moustapha TOURE**

- Maître de conférence en gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali
- Ancien chef de service de gynécologie de l'Hôpital du Mali
- Vice-président de l'Union professionnelle Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (UPIGO)
- Diplômé d'échographie à la Faculté de Médecine de Brest en France.
- Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie tropicale de Bale en Suisse.
- Titulaire d'un certificat de Fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne.
- Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de santé de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles.
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Que Dieu vous donne une longue et heureuse vie. Sincères considérations.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- Gynécologue-Obstétricien
- Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V
- Maitre-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le gouverneur du district de Bamako.
- Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC).
- Leader d'option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.

Cher maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités scientifiques, votre modestie, votre contact facile et votre disponibilité ont forcé notre admiration. Veuillez accepter cher Maître le témoignage de tout notre respect.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Souleymane TRAORE**

- Médecin-chef du District Sanitaire de Nara
- Titulaire d'un Master en Santé Publique.
- Titulaire d'un diplôme universitaire intitulé (DUI) en épidémiologie.
- Titulaire d'un diplôme universitaire intitulé (DUI) en Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury.

Votre simplicité, votre sagesse, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail et votre croyance font de vous un maître respecté de tous.

Cher maître acceptez nos sentiments de reconnaissance et de respect.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Mamadou KEÏTA**

- Gynécologue Obstétricien et Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.
- Chef adjoint du service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako.
- Président de l'ordre des médecins de la commune VI de Bamako.

Cher Maître,

Votre grande disponibilité, votre générosité, votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique ont été pour nous hautement profitable.

Recevez, cher maître, notre reconnaissance et profonde admiration

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie pathologique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de Bamako.
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie pathologique du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Sciences Fondamentales à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Coordinateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Coordinateur du registre national des cancers au Mali.

Cher maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus, qu'un honneur, vous côtoyer est un plaisir. Votre éloquence, votre grande culture scientifique font de vous un maître admiré de tous.

Honorable maître, recevez nos sincères remerciements.

## Liste des abréviations

<b>ADASCO</b>	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
<b>Ag HBS</b>	: Antigènes de surface de l'hépatite B
<b>ASACOBA</b>	: Association Santé Communautaire de Banconi
<b>ASACOBAKON</b>	: Association de Santé Communautaire de Badialan, Kodabougou, Niomiyirambougou
<b>ASACOBOUL</b>	: Association Santé Communautaire de Boukassoumbougou
<b>BW</b>	: Bordett Washerman
<b>CPN</b>	: Consultation Prénatale
<b>CPON</b>	: Consultation Post Natale
<b>CSCOM</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>CSRéf CI</b>	: Centre de Santé de Référence de la Commune I
<b>CSRéf Nara</b>	: Centre de Santé de Référence Nara
<b>DDR</b>	: Date des Dernières Règles
<b>DRC</b>	: Dépôt Répartiteur du Cercle
<b>DPA</b>	: Date Présumée d'Accouchement
<b>EDSM</b>	: Enquête Démographique Sanitaire du Mali
<b>HTA</b>	: Hypertension Artérielle
<b>HU</b>	: Hauteur Utérine
<b>ICPD</b>	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>IECS</b>	: Information Education Communication en Santé
<b>MIPROMA</b>	: Mutuelle Interprofessionnelle de Magnambougou
<b>NFS</b>	: Numération Formule Sanguine
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>PF</b>	: Planning Familial
<b>PMI</b>	: Protection Maternelle et Infantile
<b>PPM</b>	: Pharmacie Populaire du Mali
<b>PTME</b>	: Protection de la Transmission Mère enfant du VIH
<b>SA</b>	: Semaine d'Aménorrhée
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno- Déficience Acquis

<b>SONU</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SOU</b>	: Soins Obstétricaux d'Urgence
<b>SP</b>	: Sulfadoxine Pyrimethamine
<b>Tx HB</b>	: Taux d'Hémoglobine
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immuno Déficience Humaine



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des locaux de la maternité.....	22
Tableau II : Répartition du personnel de la maternité selon les catégories.....	23
Tableau III : Liste des variables étudiées .....	26
Tableau IV : Niveau de la qualité du CSRéf de Nara .....	35
Tableau V : Répartition des gestantes selon les tranches d'âge.....	36
Tableau VI : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial .....	36
Tableau VII : Répartition des gestantes selon leur Ethnie .....	38
Tableau VIII : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux des gestantes.....	40
Tableau IX : Répartition des gestantes selon la présence ou non d'antécédents médicaux.....	41
Tableau X : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque.....	42
Tableau XI : Répartition des CPN selon l'âge gestationnel en trimestre.....	43
Tableau XII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse actuelle .....	43
Tableau XIII : La répartition des CPN selon la qualification du soignant.....	44
Tableau XIV : Répartition des consultantes en fonction de la durée de la CPN. ....	44
Tableau XV : Répartition du personnel impliqué dans la CPN selon leur formation et supervision en CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018.....	45
Tableau XVI : Répartition des gestantes selon l'interrogatoire .....	46
Tableau XVII : Répartition des gestantes selon l'examen physique .....	47
Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les tâches après l'examen physique.....	48
Tableau XIX : Répartition des gestantes selon les bilans réalisés .....	49
Tableau XX: Répartition des gestantes selon les conseils pour la promotion de la santé .....	50
Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les soins et prévention .....	51
Tableau XXII : Appréciation globale de la performance du personnel en matière de CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018.....	52
Tableau XXIII : Répartition des agents de santé observés selon l'application des éléments de communication interpersonnelle dans le CSRéf de Nara en 2018.....	53
Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon leur satisfaction de la CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018. ....	55

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Carte du cercle de Nara.....	17
Figure 2 : Répartition des gestantes selon le type et niveau d'instruction.....	37
Figure 3 : Répartition des gestantes selon leur activité socio-professionnelle .....	38
Figure 4 : Répartition des gestantes selon la gestité .....	39
Figure 5 : Répartition des gestantes selon la parité.....	40

## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	6
2.1.Objectif général.....	6
2.2. Objectifs spécifiques.....	6
2.3. Hypothèse de recherche.....	6
III. GENERALITES.....	7
3.1.Historique de la consultation prénatale.....	7
3.2. La consultation prénatale.....	9
IV. METHODOLOGIE.....	16
4.1. Cadre de l'étude.....	16
4.2. Type d'étude.....	24
4.3. Période d'étude.....	24
4.4. Population d'étude.....	24
4.5. Taille de l'échantillon .....	24
4.6. Echantillonnage.....	24
4.7. Déroulement de l'enquête et collecte des données .....	25
4.8. Plan d'analyse et de traitement des données .....	28
4.9. Définitions opérationnelles.....	28
4.10. Considération Ethique.....	32
V. RESULTATS .....	34
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....	56
6.1.Méthodologie :.....	56
6.2. Qualité des structures :.....	56
6.3. Caractéristiques sociodémographiques.....	57
6.4. Résultats de la CPN.....	59
VII. CONCLUSION.....	61
VIII. RECOMMANDATIONS.....	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	64

## I. INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique chez la femme, elle s'étend de la fécondation à l'accouchement. C'est un phénomène avec une connotation différente selon les sociétés. Elle est vécue en Afrique comme un événement qui valorise la femme qui lui permet de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau-né qui est accueilli avec joie et allégresse. Mais au cours de la grossesse ou de l'accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou sont victimes de complications comme l'anémie, les fistules vésico-vaginales, l'éclampsie, ou le prolapsus utérin [1]. Il est estimé que dans le monde chaque année 4 millions de nouveaux nés meurent avant d'avoir 1 mois et que 4 autres millions sont mort nés (ils meurent entre la 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée et la naissance), 90% de ces décès ont lieu dans les pays en développement [2]. La mortalité maternelle est très élevée ce qui est inacceptable, environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement plus de la moitié en Afrique [2].

Selon l'Enquête Démographique et de Santé VI<sup>ème</sup> édition (EDSM VI) 2018 [3], le taux de mortalité maternelle était estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infantile était de 66 pour 1000 naissances ; ce qui reste élevée. La Consultation Prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenant au cours de la grossesse. Elle permet en outre de suggérer la voie d'accouchement. Dans les pays développés, 99% des femmes reçoivent des soins prénatals de qualité tandis que dans les pays en développement, cette proportion est de 1% [2].

La majorité des décès maternels et néonataux pourrait être évitée, si pendant la grossesse, les femmes observaient régulièrement les CPN et recevaient des soins prénatals appropriés, si leurs accouchements étaient assistés par un personnel

médical formé et si après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout ils doivent se poursuivre avec une régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande jusqu'à 8 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, les recommandations de l'OMS laissent aux pays une certaine latitude quant au choix des options concernant la mise en œuvre des soins prénatals, selon leurs besoins. La procédure en santé de reproduction du Mali recommande 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse [5].

## **ENONCE DU PROBLEME**

La grossesse est un état normal et sain auquel aspire 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 [4]

Au Mali on estime que sept femmes sur dix (70%) se rendent en CPN dispensée par un personnel formé. Ces consultations sont effectuées principalement par les sages-femmes ou les infirmières obstétriciennes dans 36% des cas et par des matrones dans 33%. Dans une proportion beaucoup plus faible, elles sont fournies par des médecins (1%). En revanche dans un peu moins de 3 cas sur 10 (29%), les mères n'ont effectué aucune CPN [6]. Certaines études faites sur les connaissances attitudes et pratiques des gestantes et des personnels de santé montrent que des efforts sont à faire pour améliorer cette situation. En 2004 Mahamat Nour Azalo rapporte qu'aucune des soignantes ne connaissaient les indications de césarienne, de ventouse et de forceps [8].

En 2006 Bocoum .H rapporte que les gestantes manquaient d'explications sur, les signes d'alerte de l'accouchement et la conduite à tenir (12,5%), les raisons de prescription des examens complémentaires (17,5), la date probable de l'accouchement (16%). [7]

A Bougouni en 2008 Samaké A - K dit Z a observé des lacunes sur le plan des procédures comme l'intervalle des consultations qui était le plus fréquemment de deux mois au lieu d'un mois [9].

En Décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé

des services de santé sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'information en matière de santé de population au Mali [10].

Les objectifs spécifiques de cette politique sont de :

- Étendre la couverture sanitaire ;
- Instituer un système de santé viable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial.

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension et le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres de santé, assurer une offre intégrée des activités socio sanitaires (Paquet Minimum d'Activité – PMA –).

Le PMA comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux de la population [11]. Les CPN constituent l'un des volets essentiels du PMA. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures construites). Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante. C'est pourquoi la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important [4].

Des études sur la qualité de la surveillance prénatale ont été menées au CSCOM ASACOBAKON [7], aux centres de santé de Bougouni [9], de Boukassoumbougou [25] et de MIPROMA à Magnambougou [12] et [8], dont les résultats montrent des lacunes sur le plan de procédure.

Des études ont été menées aussi à l'ASACOBOUL II [13] en commune I du district de Bamako dont les résultats montrent des défaillances à résoudre : la

non-exécution de certains gestes importants de l'examen physique tel que l'examen au speculum, l'auscultation cardio pulmonaire, l'appréciation du bassin au troisième trimestre de la grossesse. Aucune étude n'a jusqu'à ce jour été réalisée spécifiquement au CSRéf de Nara sur l'évaluation de la qualité de la CPN, notre étude vient donc combler ce vide. En effet le CSRéf est censé recevoir uniquement en CPN les grossesses à risque mais la crise politico-sécuritaire de 2012 a entraîné une désorganisation du système sanitaire dans la zone de Nara, raison pour laquelle nous recensons aussi des cas de CPN de routine dont notre étude portera.

## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Evaluer la qualité de la consultation prénatale (CPN) à la maternité du CSRéf de Nara en 2018.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes vues en CPN à la maternité du CSRéf de Nara ;
- Mesurer les résultats des CPN en terme de satisfaction des bénéficiaires ;
- Faire des suggestions pour l'amélioration de la qualité de la CPN dans la perspective de la réduction de la mortalité maternelle et néo natale dans le centre de santé de référence de Nara.

### **2.3. Hypothèse de recherche**

Les consultations prénatales à la maternité du CSRéf de Nara répondaient-elles aux normes et procédures en santé de la reproduction.

### **III. GENERALITES**

#### **3.1. Historique de la consultation prénatale**

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions santé déficiente des enfants de leur nation, leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire .Dans les années 1890 ,les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons)ont été une source d'inspiration pour les gouvernements .Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé ,susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes.

Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses :(au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes sont véritablement commencés. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle

et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans au paravent.

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

Au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant. [5].

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport [14].

Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995 [15].

En 1996, l’OMS et l’UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l’étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu’on ne l’avait soupçonné à l’origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [14].

### **3.2. La consultation prénatale**

Les objectifs de la CPN sont de faire le diagnostic de la grossesse, de surveiller et promouvoir l’état de santé de la mère, de surveiller le développement du fœtus, de dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse, de préparer l’accouchement et en faire le diagnostic, de faire le pronostic de l’accouchement, d’éduquer et d’informer les mères.

#### **3.2.1. Calendrier de CPN**

Les normes et procédure pour la surveillance prénatale du Ministère de santé du Mali recommandent au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :

- 1<sup>er</sup> trimestre une visite et un contact (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;
- 2<sup>ème</sup> trimestre une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA)
- 3<sup>ème</sup> trimestre deux visites dont une au 9<sup>ème</sup> mois et cinq contacts (30 SA ,34 SA, 36 SA, 38 SA, et 40 SA) pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l’état de la gestante, prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l’accouchement).

#### **3.2.2. Matériel de CPN**

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l’intimité de la gestante.

### **Les matériels nécessaires sont**

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et un pèse-personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d’Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d’albumine de nitrite, Solutions antiseptiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante

### **Les activités préventives**

- La vaccination antitétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;
- La prophylaxie anti-palustre.

### **Le bilan prénatal**

#### **Les examens complémentaires indispensables sont**

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d’Emmel et ou électrophorèse de l’Hémoglobine ;
- L’albumine/sucre (dans les urines) ; la glycémie ;
- Le test de VIH après counseling

- L'antigène HbS (recherche de l'hépatite B)
- Un examen de crachat BAAR à la recherche d'une tuberculose au besoin
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;

### **L'échographie pelvienne**

Il est recommandé de faire trois échographies ;

- Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;
- Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestre) ;
- Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

### **Les examens complémentaires non indispensables :**

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse

(GE) frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radiographie du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

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

### **3.2.3. La consultation prénatale recentrée [11]**

#### **✓ Concept**

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

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

#### **✓ Principes de la CPN recentrée**

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine.

La préparation à l'accouchement.

#### **✓ Les étapes de la CPN recentrée**

##### **Préparer la CPN**

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

##### **✦ Accueillir la femme avec respect et amabilité :**

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

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

##### **✦ Procéder à l'interrogatoire /Enregistrement**

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

✦ **Procéder à l'examen :**

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

✦ **Demande des examens complémentaires**

✓ **A la première consultation**

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

### **3.2.4. Les autres consultations**

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

✓ **Prescrire les soins Préventifs**

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). La SP doit être administrée en prise supervisée (en présence d'un prestataire) à raison d'au moins 3 doses de 3 comprimés espacées d'au moins un mois, à partir de la 13<sup>ème</sup> semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;
- ✓ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

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

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

✓ **Signes du travail**

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

✓ **Signes de danger chez la femme enceinte**

- Saignements vaginaux ;
- Respiration difficile ;
- Fièvre ;
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille ;
- Convulsion/Perte de conscience ;
- Douleurs de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;

- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- Pertes sanglantes ;
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).
- ✓ **Donner le prochain rendez-vous**
- Expliquer à la femme que la fréquence est de 4 visites et 8 contacts
- Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.
- ✓ **Accompagner la gestante après l'avoir remerciée**

### **3.2.5. Consultation Prénatale de suivi**

En plus des gestes de la CPN initiale, rechercher les signes de danger :

- Symptômes et signes de maladies ;
- Identifier une présentation vicieuse (problèmes/changement depuis la dernière consultation) ;
- Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives ;
- Sensibiliser la gestante sur la planification familiale ;
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.
- ✓ **Prise en charges des pathologies et des complications**

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

## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre de l'étude**

La maternité du centre de santé de référence de Nara a servi de cadre pour notre étude.

#### **4.1.1. Aperçu historique sur le cercle de Nara**

Selon certains, la ville de Nara tirerait son nom de l'expression maure « Nar » qui signifie feu. Selon d'autres, Nara n'est qu'une déformation de « nouar » qui signifie fleur et même de « nouara », le nom d'une femme maure.

En tout cas, l'origine maure du nom de Nara confirmerait la thèse selon laquelle, Nara fut d'abord un campement maure. Mais c'est Djida Bamody Keïta et ses fils (Awa Niamé Keïta et deux autres), partis de Kaloumba à la recherche de terres cultivables, qui fondèrent le village en 1776. Ils s'y installèrent définitivement, après avoir sollicité et obtenu l'accord des « Doucouré » de Goumbou. Le village de Nara eut alors comme 1<sup>er</sup> chefs, Djida Bamody Keïta, dont le règne ne dura qu'une année. À sa mort son fils, Awa Niamé Keïta, prend le pouvoir. Il est, à cet égard, considéré comme le fondateur du village de Nara, son père n'ayant pas eu le temps d'être bien connu.

Ainsi de 1776 à nos jours, 14 chefs de village se sont succédé. Par ailleurs, Nara est passé par plusieurs étapes avant son érection en cercle. Pendant les premières années, il dépendit du poste colonial de Goumbou dont une partie du territoire lui avait servi d'emplacement lors de sa création. Par la suite, survinrent les changements suivants :

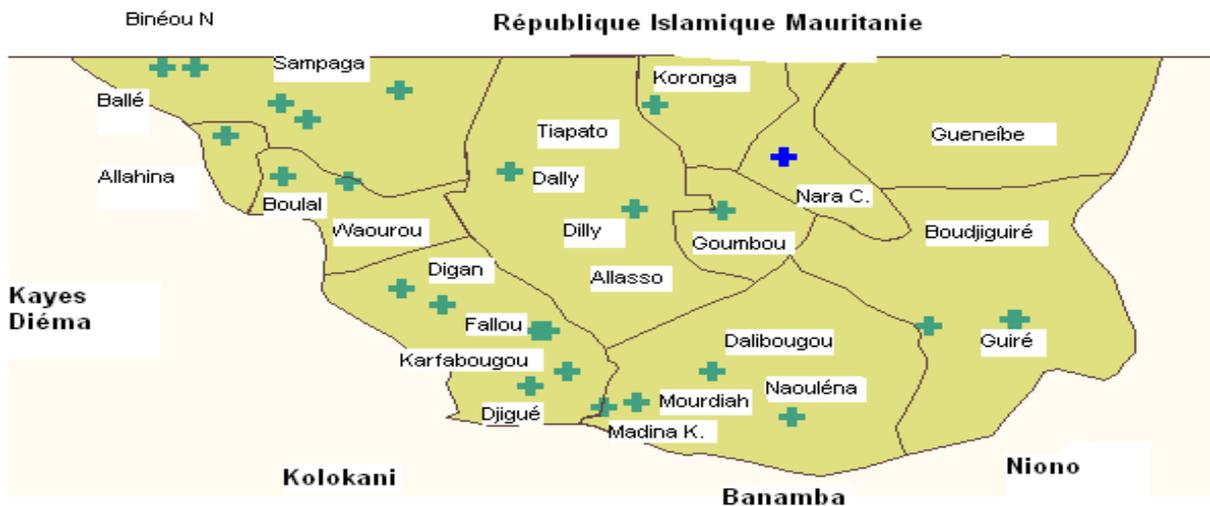
1916 : le transfert du poste administratif de Goumbou à Nara,

1941 : le rattachement de Nara à la subdivision de Nioro,

1947 : l'érection définitive de Nara en cercle.

Situé à l'extrême Nord de la région de Koulikoro, le cercle de Nara couvre une superficie de 30 000 Km<sup>2</sup> soit le 1/3 de celle de la région. Il est limité :

- au Nord par la République Islamique de Mauritanie,
- au Sud par les cercles de Banamba et de Kolokani,
- à l’Ouest par les cercles de Nioro du Sahel et de Diéma (Région de Kayes),
- à l’Est par le cercle de Niono (Région de Ségou).



**Figure 1 : Carte du cercle de Nara**

Le relief du cercle de Nara est monotone et peu accidenté. Le groupe de sol caractéristique de la localité est constitué de dunes mortes et aplanies couvrant surtout les communes de Dilly, Dogofry, Dally, Dabo et Allahina. Dans les communes de Mourdiah, Guiré, Ouagadou, Niamana et Nara apparaissent les plaines. Le cercle de Nara a un climat de type sahélien. La température varie entre 18° et 40°. La moyenne annuelle de la durée de l’insolation est de 8,2 heures par jour. Deux saisons principales caractérisent le cercle :

- La saison sèche : elle est froide d’octobre en février et chaude de mars à juin.
- La saison pluvieuse de juillet à septembre.

Le nombre moyen de jour de pluie en 2017 était de 31j et le cumul annuel moyen de pluie de la même période était de 265,9mm. C’est le cercle le moins arrosé de la région de Koulikoro. La végétation est dominée par la steppe boisée caractérisée par des épineux du genre *Acacia*, *Commiphora* et *Combrétacée*. Les espèces rabougries se rencontrent dans la partie septentrionale.

Nara est relié à Bamako par la route nationale N°4 sur une distance de 395km et à la capitale régionale Koulikoro sur une distance 455km. Cette route traverse les communes de Niamana, Fallou et de Ouagadou qui sont par ce fait les plus accessibles.

Les moyens de télécommunication sont en développement. On note la présence de RAC au niveau de quelques services techniques. Il existe deux réseaux de téléphonie mobile géré par Orange et Malitel accessible dans environ 70% du territoire.

En 2017 le cercle comptait 31629 habitants, soit une densité moyenne d'environ 11 hbts / km<sup>2</sup> avec un taux d'accroissement de 3,6%. Le district sanitaire de Nara compte 30 aires de santé dont 27 disposent d'un CSCOM fonctionnels. Les aires non fonctionnelles se situent dans la commune de Niamana (Naouléna), la commune de Dilly (Allasso), et la commune de Guiré (Ngabakoro). Les principaux groupes ethniques du cercle sont les Maures, les Sarakolés, les Bambaras et les Peuls. Ces différentes populations vivent en harmonie même si quelque part les coutumes diffèrent souvent d'une ethnie à une autre. Suite aux conditions de vie difficiles, le mouvement migratoire connaît aujourd'hui une importance particulière et intéresse surtout les jeunes de sexe masculin.

A l'instar des autres localités du Mali, la communauté de Nara a une stratification sociale. Au sommet de la pyramide, nous avons les nobles détenteurs de la chefferie et en bas, les hommes de caste. Chaque chef de village est assisté dans ses tâches par des conseillers.

La famille, cellule de base de toute société, est généralement étendue. C'est l'unité d'action de production et de consommation. Elle regroupe les grands-parents, les petits-fils et les collatéraux.

Il existe dans le cercle de Nara, plusieurs activités économiques dont les principales sont : l'agriculture, le commerce, l'élevage. Avec l'avènement de la décentralisation administrative, le cercle de Nara a connu un découpage en onze (11) communes toutes rurales. Il s'agit de la commune de Nara, Niamana, Allahina, Dogofry, Dabo, Dilly, Ouagadou, Fallou, Koronga, Guéneïbé, Guiré. Les sous-préfectures, autre fois appelées arrondissements sont au nombre de six (6) regroupant les onze (11) communes.

#### **4.1.2. Infrastructures**

Le Centre de Santé de Référence de Nara dispose de joyeux bâtiment comprenant :

- Des logements d'astreinte (6)
- Des latrines
- Un service de développement social et l'économie solidaire.
- Un bloc administratif (bureau du Médecin chef, secrétariat, comptabilité et SIS)
- Une unité hygiène assainissement.
- Un bloc d'hospitalisation médecine et chirurgie
- Un bloc d'hospitalisation pédiatrie/URENI.
- Un bloc de la maternité.
- Deux blocs opératoires.
- Une salle d'anesthésie réanimation
- Un bureau local PEV.
- Une Dentisterie.
- Un laboratoire d'analyse biomédicale
- Un bloc de DV ET DRC
- Un bureau d'entrée
- Une buanderie

- Une salle d’Ophtalmologie
- Un Bloc des groupes électrogènes
- Une salle d’échographie
- Une salle de radiologie
- Un Bloc des consultations externes
- Un Garage
- Un Bloc pour les contagieux
- Une Morgue
- Un Château d’eau

#### **4.1.3. Personnel sanitaire**

Le CSRéf est composé de :

- quatre médecins spécialistes: un gynécologue obstétricien ; un ophtalmologue ; un anesthésiste réanimateur ; un médecin spécialiste en famille et communautaire ;
- quatre médecins généralistes ;
- un technicien supérieur en ophtalmologie ;
- un technicien supérieur en odontostomatologie ;
- un technicien supérieur en labo pharmacie ;
- huit techniciens supérieurs i.d.e
- quatre techniciennes supérieures, sages-femmes ;
- deux techniciens en labo pharmacie ;
- neuf infirmiers, techniciens (de santé) ;
- cinq infirmières obstétriciennes ;
- deux aides-soignants;
- deux matrones ;
- trois gérants de dépôt de vente ;
- une secrétaire ;

- un comptable ;
- un aide comptable ;
- huit manœuvres ;
- un gardien.

#### **4.1.4. Composition de la maternité du C.S Réf de Nara**

- une unité de consultation en Gynécologie - obstétrique
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planification familiale / consultations post natales
- une unité d'accouchement / suites de couches immédiates
- une unité de césarienne et hospitalisation

L'unité CPN est dirigée par le chef d'unité qui assure la permanence en compagnie de 4 autres sages-femmes tous les jours ouvrables. Elles sont épaulées par deux matrones et les stagiaires (matrones ; infirmières obstétriciennes, sages-femmes etc...)

La matrone s'occupe de l'accueil ; de la pesée et de l'orientation des gestantes vers la salle de CPN.

La consultation commence après le staff quotidien et la visite des malades hospitalisées, qui se tient dans la salle de CPN, et se fait par ordre d'arrivée.

Moyens logistiques :

Le CSRéf de Nara disposait de deux ambulances, deux véhicules de liaisons en état passable (une Land Cruiser TOYOTA 4X4) et de deux groupes électrogènes en bon état.

#### **4.1.5. Approvisionnement en médicaments**

Le ravitaillement du DRC est assuré par la pharmacie populaire du Mali PPM.

#### 4.1.6. Aperçu général de la maternité

##### ✓ Répartition des locaux de la maternité :

Le service ne possède pas un bloc opératoire en son nom il partage deux blocs opératoires avec les autres services spécialisés :

**Tableau I: Répartition des locaux de la maternité**

Désignation	Quantité
Salle d'observation	1
Bureaux de consultation	2
Bureau de la sage-femme maitresse	1
Salle de garde	2
Salle de CPN	1
Salle de planification familiale, AMIU	1
Salle d'hospitalisation	3
Salle de réanimation	1
Salle d'attente	1
Salle d'accouchement	1
Magasin	1
Toilettes pour le personnel	2
Toilettes pour les malades	2

Les 3 salles d'hospitalisation sont équipées d'un total de 11 lits.

## ✓ Le personnel

**Tableau II: Répartition du personnel de la maternité selon les catégories**

Catégorie	Nombre
Médecin spécialiste	1
Médecin généraliste	1
Sages-femmes	4
Infirmières obstétriciennes	4
Matrones	2
Techniciens de surface	3
Total	15

## ✓ Organisation des activités

Les activités du service démarrent le matin à 8 heures – du lundi au vendredi – par le staff, la visite des malades hospitalisés dirigée par un médecin. Après la visite les infirmières assurent l'offre de soins

Les consultations s'effectuent tous les jours ouvrables dans les bureaux des médecins.

Les gardes commencent à 8h tous les jours. Les gardes sont assurées par les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et les matrones sous la responsabilité d'un médecin de garde. Le médecin de garde est sollicité en cas de complication.

Les programmes opératoires pour les interventions programmées s'effectuent le mardi et le jeudi qui constituent les cas gynécologiques et les césariennes prophylactiques.

#### 4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et évaluative.

#### 4.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

#### 4.4. Population d'étude

L'étude a porté sur les gestantes reçues en CPN au CSRéf de Nara pendant la période d'étude et du personnel chargé des consultations prénatales (médecin, sage –femme, infirmière obstétricienne et matrone).

#### 4.5. Taille de l'échantillon

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

La taille minimale de l'échantillon  $n = (Z\alpha)^2 \frac{p \times q}{i^2}$  ;

Avec :  $Z\alpha = 1,96$  : écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  de 5%

$i$  = précision souhaitée = 5% ;

$p$  = proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé = 70% selon EDSM-IV  $q = 1-p = 30%$  ;

$$n = (1,96)^2 \frac{0,7 \times 0,3}{(0,05)^2} = 323.$$

La taille minimale calculée a été 323 femmes enceintes avec une précision 5%.

#### 4.6. Echantillonnage

Nous avons utilisé la technique de l'échantillonnage par commodité.

#### **4.6.1. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans l'étude toutes les gestantes vues en CPN pendant la période de l'étude, ainsi que tous les soignants habilités à procéder à une CPN pendant un jour choisi pour inclusion et qui ont accepté de participer à l'étude.

#### **4.6.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans l'étude, les femmes qui étaient vues pour autres motifs que la consultation prénatale.

#### **4.6.3. Technique de l'échantillonnage**

Les techniques d'échantillonnage suivantes ont été utilisées :

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

### **4.7. Déroulement de l'enquête et collecte des données**

#### **4.7.1. Technique de collecte des données**

Le protocole a consisté en une observation discrète non participante des CPN avec prise de note au moyen de questionnaire individuel, standardisé et préalablement testé. Le questionnaire était ensuite complété en consultant les supports tels que les carnets de CPN et le registre de consultation prénatale mais également à l'issue d'entretiens avec à la fois le soignant et la soignée.

#### **4.7.2. Les variables étudiées**

Les principales variables étudiées au cours de notre étude sont listées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau III : Liste des variables étudiées**

<i>Nom</i>	<i>Type</i>	<i>Unité</i>	<i>Interview</i>
Age	Quantitative	Année	lecture
Ethnie	Qualitative		Interview
Niveau d'éducation	Quantitative	Année	Lecture
Profession	Qualitative		Lecture
Etat matrimonial	Qualitative		Interview
Personnel de santé	Qualitative		Lecture
Nombre de CPN	Quantitative continue	Nombre	Interview
Langue	Qualitative		Interview
Antécédents Médicaux	Qualitative		Interview
Age gestationnel	Quantitative continue	Semaine d'aménorrhée	Lecture
Date des dernières règles	Quantitative		Lecture
Date prévue pour l'accouchement	Quantitative		Lecture
Poids	Quantitative continue	Kilogramme	Lecture
Tension artérielle	Quantitative continue	Millimètre de mercure	Lecture

### **Les variables relatives aux procédures de la CPN**

Les variables étudiées seront en rapport avec les gestes techniques suivants :

- Identification de la consultante ;
- Identification de la personne qui a prise en charge la gestante ;
- L'accueil ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen physique ;
- La demande des examens complémentaires : groupage sanguin rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (VDRL, TPHA), Albumine/sucre, l'échographie obstétricale, sérologie HIV, la glycémie
- Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, suppléments en
- Fer et acide folique), vaccination antitétanique
- Les conseils à donner ;
- Les facteurs de risques ;
- La référence en cas de nécessité ;

#### **4.7.3. Aspects opérationnels des variables**

Nous avons défini chaque variable et énuméré leurs modalités.

En nous référant aux données de la littérature [10] et aux normes nationales des SOU, nous avons procédé à l'opérationnalisation de nos variables de la façon suivante. Nous avons déterminé les modalités de chaque variable et les critères bien définis que nous avons cotés selon le score dichotomique : 0 (si absence du caractère étudié) ou 1 (si présence du caractère étudié). Le total des scores a servi de base pour mesurer le niveau d'atteinte de la variable.

Ce score a permis d'apprécier la qualité à partir d'un certain nombre de points obtenus par les variables de l'étude. Selon une échelle de "bonne, acceptable, mauvaise" adaptée de l'échelle mesure de Corlien M. VARKEVISSIER [16] chaque variable indépendante est exprimée en pourcentage pour obtenir trois catégories d'appréciation :

- Score > 80%, l'appréciation de la variable est " bonne " ;
- Score compris entre 60 et 80%, l'appréciation est " acceptable " ;
- Score < 60%, l'appréciation est "mauvaise ou faible".

#### **4.7.4. Système de classement**

Une cotation a été faite pour critère de l'observation et l'opinion de la gestante. Chaque référence compose de critère a été coté de 0 à 4 la somme des scores réalisés appliqué à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut réaliser pour les treize références est de 52 le détail sur les cotations est représenté dans le tableau IV. L'échelle de l'évaluation se représente comme suite :

Niveau IV: 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 52.

Niveau III: 75 – 94% de score maximal. Soit un score total de 30 – 37 ,99

Niveau II: 50 – 74% de score maximal soit un score total de 20 – 19,99.

Niveau I: moins de 50% de score maximal soit un score total de moins de 20.

#### **4.8. Plan d'analyse et de traitement des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21.0. sur la base du questionnaire. Le traitement des textes, des tableaux et graphiques seront effectués sur le logiciel Windows 10 intégral Word et Excel 2016.

Nous n'avons pas réalisé de test statistique compte tenu de la nature de l'échantillonnage et de l'objectif de l'étude.

#### **4.9. Définitions opérationnelles**

##### **✓ Evaluation**

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

##### **✓ Qualité des soins**

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [17].

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

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

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

#### ✓ **Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN)**

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

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

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,

Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face d'éventuelles complications [11].

✓ **Politique et normes des services**

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité [18].

✓ **Normes :**

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [18].

✓ **Les procédures**

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [18].

✓ **Grossesse**

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation l'accouchement [18].

✓ **Parité**

C'est le nombre d'accouchement

Primipare = gestante ayant déjà accouché une fois

Pauci pare = gestante ayant déjà accouché deux fois au paravent

Multipare = gestante ayant déjà accouché quatre ou cinq fois au paravent

Grande multipare = gestante ayant accouché au paravent plus de six fois

✓ **Facteurs de risque au cours de la grossesse**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [13].

### ✓ **Grossesse à haut risque**

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

### ✓ **Maternité à moindre risque**

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [19].

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P. D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse [9].

### ✓ **Mortalité maternelle**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [2].

### ✓ **Taux de mortalité maternelle**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer [19].

#### ✓ **Carte sanitaire**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [11].

#### ✓ **Paquet minimum d'activité (PMA)**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [10].

#### ✓ **Evacuation**

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement [11].

#### ✓ **Référence**

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [11]. Index de qualité

### **4.10. Considération Ethique**

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude qui s'est conformé au respect des aspects suivants :

- Une autorisation administrative
- Une permission communautaire à travers les chefs de villages et conseillers et les membres du comité de gestion.

- Le consentement libre individuel verbal des personnes au moment de l'enquête.

## V. RESULTATS

Dans ce chapitre sont décrits les résultats clés obtenus à l'issue de notre étude dans l'ordre des objectifs visés.

Durant la période de l'étude allant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, **2542** consultations prénatales ont été effectuées à la maternité du CSRéf de Nara parmi lesquelles nous avons inclus 323 cas de CPN soit 12,7 % des consultations réalisées durant la période d'étude.

### 5.1. Niveau de qualité des structures :

Etude descriptive et analytique du CSRéf de Nara en 2018

Selon le tableau II, le centre de santé de référence de Nara était de niveau III c'est-à-dire que les références étaient satisfaisantes à 37 sur 52 soit 71%.

Score total= 37

Le score maximal = 52

NB : A = 4points, B = 3points, C= 2points, D = 0 ou 1 point

+ = désigne le niveau de qualité coché

**Tableau IV : Niveau de la qualité du CSRéf de Nara**

Références	Niveau de qualité					Observations
	A	B	C	D	Score	
1-Normes architecturales	+				4	Respecte toutes les normes architecturales
2-dispositif d'accueil et Orientation		+			2	Existence d'une pancarte pour l'orientation à l'entrée
3-Structure, équipement, unité de consultation prénatale			+		2	Matériels techniques incomplet mais de bonne qualité, pas de rideaux aux fenêtres.
4-Equipement en salle d'attente				+	1	4 bancs métalliques dans un couloir exposé au vent et à la poussière.
5-Unité annexe consultation	+				4	Matériel complet; salle de consultation et de garde de bonne qualité, présence d'affiches.
6-Fonctionnalité du Laboratoire	+				4	Tout le bilan prénatal est Faisable, protection contre la poussière suffisante
7-Dépôt médicaments Normes architecturales/coût.			+		2	Dépôt pharmaceutique fonctionnel alimenté par la PPM, les produits ne sont pas à l'abri de la poussière
8-Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, accessibles à tous et propreté insuffisante.
9-Système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets		+			3	Réseau public, approvisionnement en eau. existence d'un incinérateur.
10-Système d'éclairage et de Communication		+			3	Réseau public assure l'éclairage. Portable pour la communication
11-Unité d'hospitalisation suite de couche		+			3	Hygiène aération et ventilation suffisante
12-Bloc opératoire			+		2	Matériels de réanimation peu adéquat.
13-Système de gestion et	+				4	Existence de poubelles,

d'élimination des déchets						d'incinérateur pour brûler les déchets.
	<b>Score total</b>				<b>37</b>	

## 5.2. Etude des procédures des CPN

### 5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

**Tableau V : Répartition des gestantes selon les tranches d'âge**

<b>Tranches d'âge (en année)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
14-20	72	22,2
20-24	87	<b>26,9</b>
25-29	71	21,9
30-34	52	16,1
35-44	41	12,9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

L'âge moyen était 22 ans ; l'âge médian : 29 ans et les âges extrêmes étaient 14 et 44 ans.

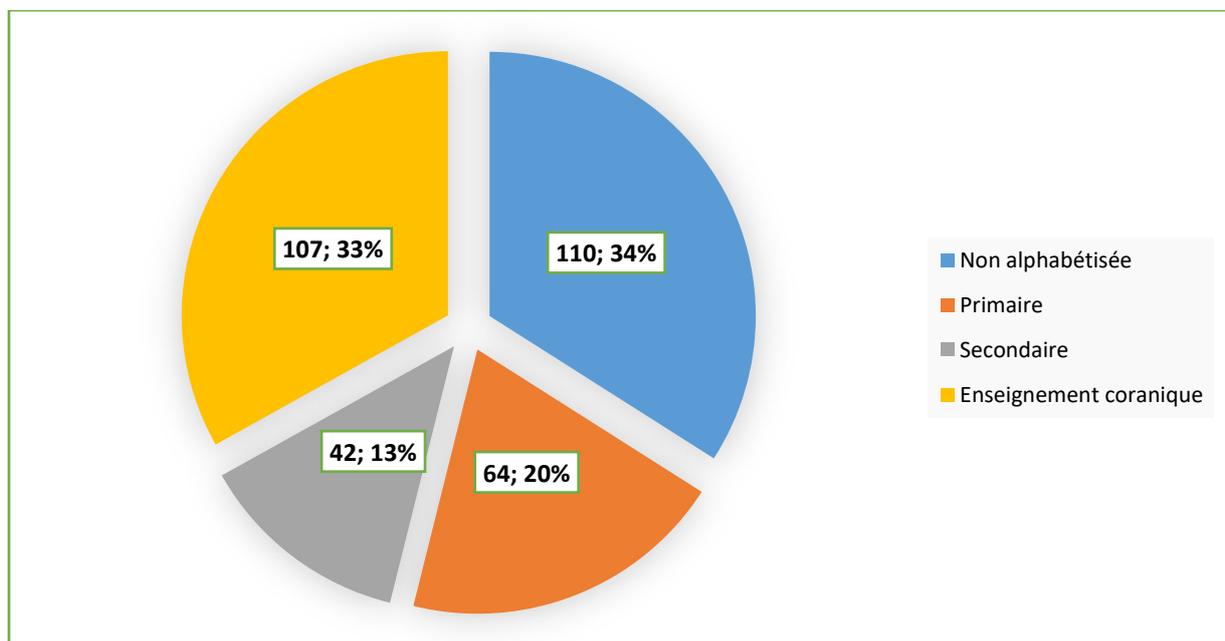
La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentée dans notre étude avec un taux de 26,9 %

**Tableau VI : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial**

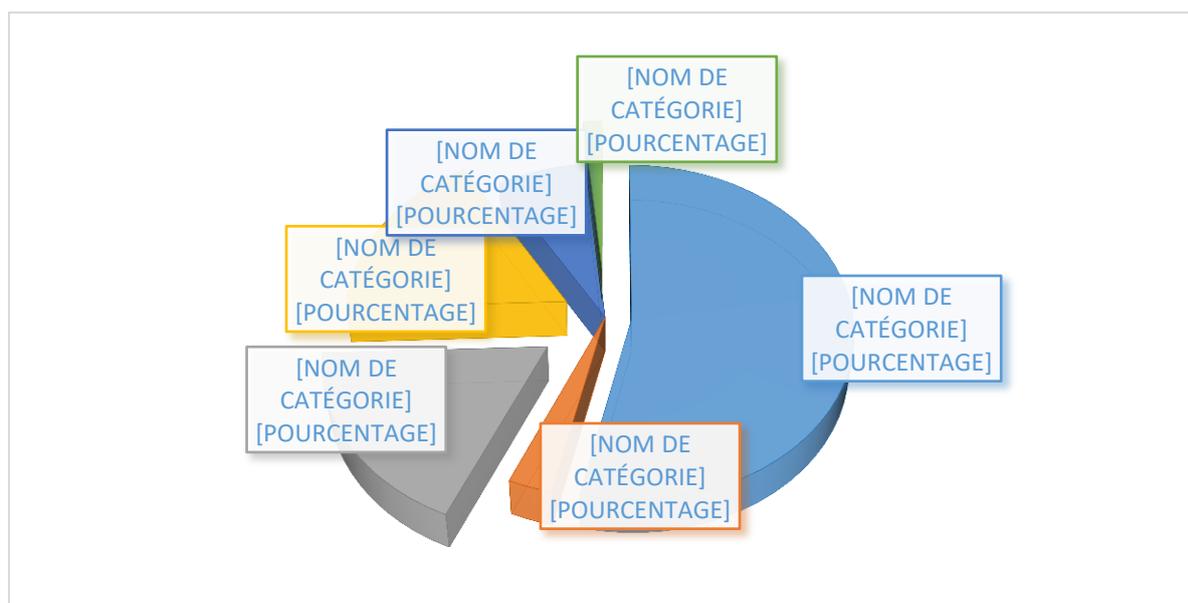
<b>Statut</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
---------------	------------------	--------------------

Célibataire	14	04,3
<b>Mariée</b>	<b>305</b>	<b>94,4</b>
Veuve	3	00,9
Divorcée	1	00,3
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 94,4% des gestantes qui étaient mariées.



**Figure 2** : Répartition des gestantes selon le type et niveau d'instruction  
 Parmi les gestantes 34% étaient non scolarisées, et 33% avaient eu un enseignement coranique.



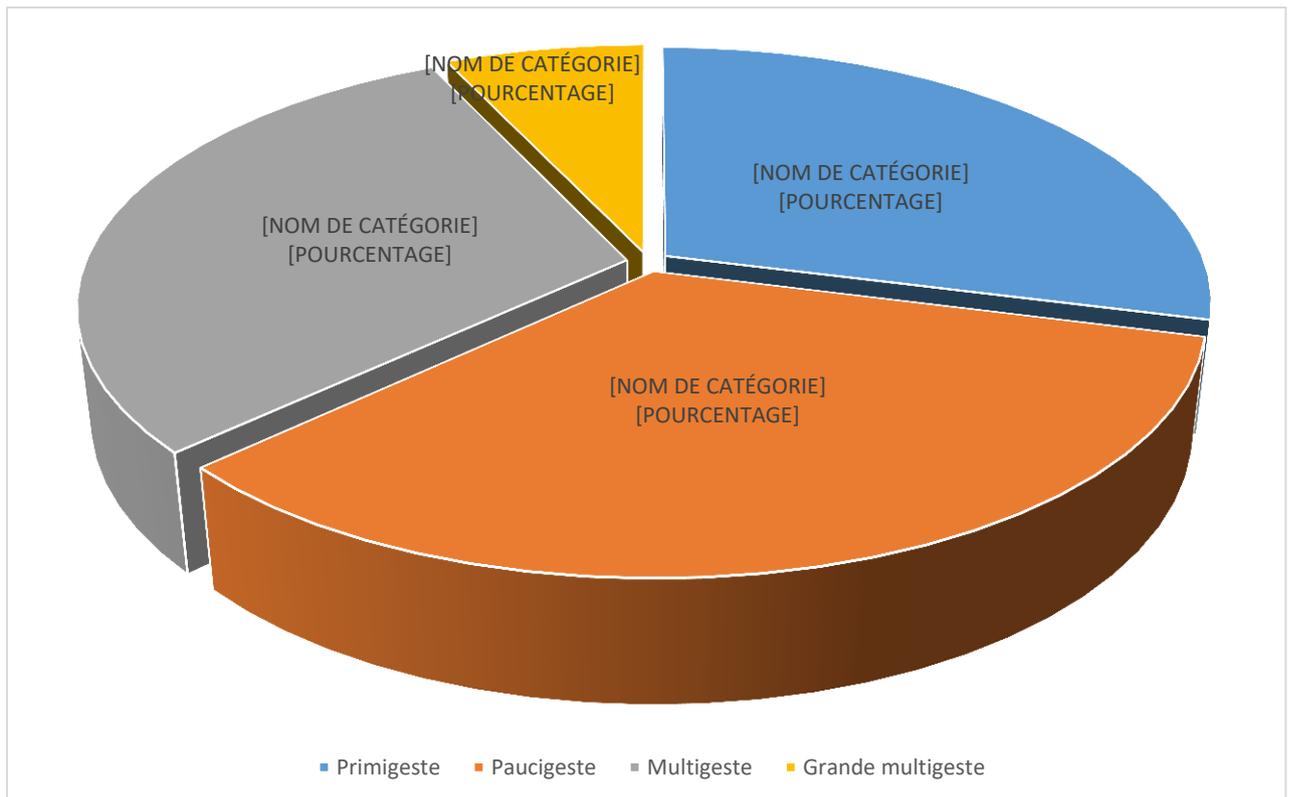
**Figure 3 :** Répartition des gestantes selon leur activité socio-professionnelle  
 Les femmes au foyer étaient majoritaires (53,6%).

**Tableau VII :** Répartition des gestantes selon leur Ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Maure</b>	<b>142</b>	<b>44,0</b>
Soninké	101	31,4
Peulh	48	14,9
Bambara	36	11,2
Autres	23	7,1
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

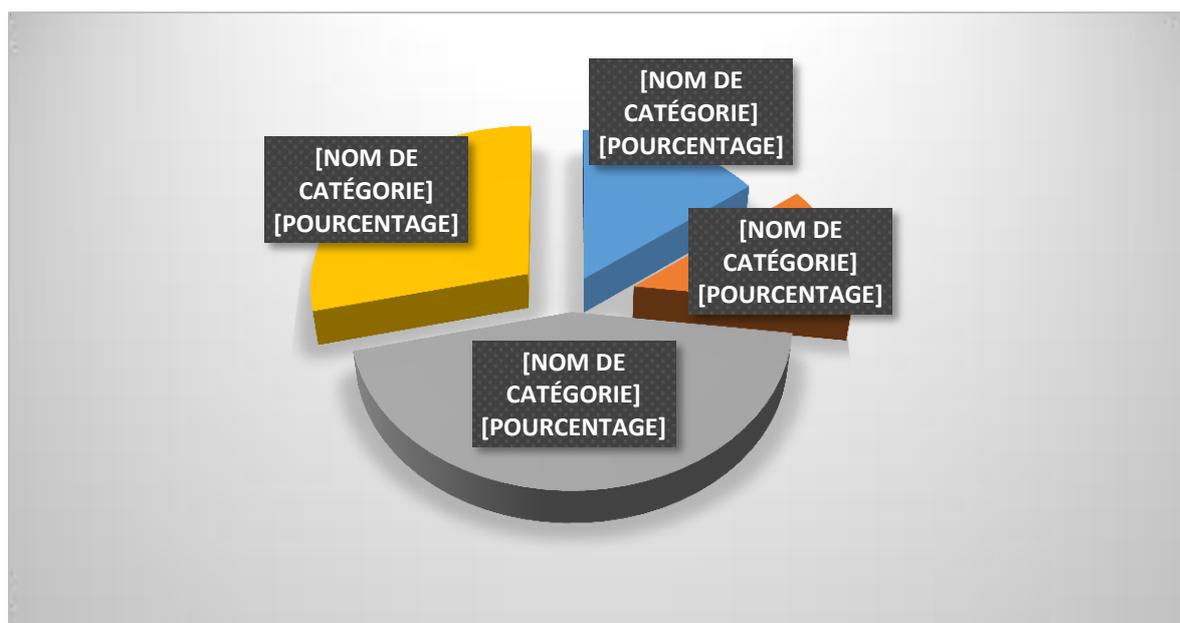
Dans notre étude les maures étaient majoritairement représentés (44,0%).

Autres : Bobo, sonrhaï, dogon, arabe et tamashek.



**Figure 4 :** Répartition des gestantes selon la gestité

Les paucigestes ont été de 34% de notre étude



**Figure 5 :** Répartition des gestantes selon la parité

Les multipares ont été de 44,3% de notre étude

**Tableau VIII :** Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux des gestantes

Antécédents obstétricaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	13	4,0
Mort-nés	4	1,0
Forceps/Ventouse	6	2,0
<b>Avortement</b>	<b>26</b>	<b>8,0</b>
Prématuré	8	2,5
Absence d'ATCD	266	82,5
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

L'avortement était l'antécédent le plus fréquent soit (8%) mais la plupart des gestantes était sans antécédent.

**Tableau IX : Répartition des gestantes selon la présence ou non d'antécédents médicaux.**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Anémie</b>	<b>14</b>	<b>4,3</b>
IST/VIH	3	1,1
HTA	9	2,7
Infection urinaire	5	1,5
Diabète	2	0,5
Paludisme	6	2,0
Sans antécédents	284	87,9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

L'anémie était l'antécédent le plus présent mais la plupart des gestantes était sans antécédent médical.

**Tableau X : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque**

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Poids<45kg	2	0,5
Taille <150cm	6	2,0
Age<16ans	3	1,0
Dernier accouchement dystocique	10	3,0
HTA	20	6,1
Antécédent de mort-né	10	3,0
<b>Grande multipare</b>	<b>21</b>	<b>6,6</b>
Primipare âgée	2	0,5
Utérus cicatriciel	16	5,0
Absence de risque	233	72,3
Total	323	100,0

Les Grande multipares ont été de 34% de notre étude

**APPRECIATION DE LA QUALITE DES CPN**

**Tableau XI : Répartition des CPN selon l'âge gestationnel en trimestre**

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
Premier trimestre	26	8.0
Deuxième trimestre	71	22.0
<b>Troisième trimestre</b>	<b>226</b>	<b>70.0</b>
Total	323	100

Dans notre échantillon, 70% des gestantes ont été vu au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse

**Tableau XII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse actuelle**

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1	117	36.1
2	79	24.6
3	56	17.2
<b>4</b>	<b>58</b>	<b>18.0</b>
5	11	3.3
6	2	0.8
Total	323	100

Dans notre échantillon, 18% des gestantes avaient eu 4 CPN

**Tableau XIII : La répartition des CPN selon la qualification du soignant**

<b>Qualification de personnels de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sage-femme</b>	<b>194</b>	<b>60,0</b>
Infirmière obstétricienne	106	32,8
Matrone	23	7,2
Médecin	00	0,0
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

La majorité des CPN était réalisée par une sage-femme (60%)

#### **Durée de la CPN**

**Tableau XIV : Répartition des consultantes en fonction de la durée de la CPN.**

<b>Durée de la CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>5 - 9 minutes</b>	<b>197</b>	<b>61</b>
10 - 15 minutes	107	33
Plus de 15 minutes	19	6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

La majorité des CPN était déroulée entre 5 et 9 minutes : 61%. Aucune CPN n'a duré moins de 5 minutes.

**Tableau XV : Répartition du personnel impliqué dans la CPN selon leur formation et supervision en CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018.**

<b>Formation sur CPN les deux dernières années</b>	
Oui	08
Non	02
Total	10
<b>Supervision les trois derniers mois</b>	
Oui	07
Non	03
Total	10

- ✓ **Formation/Mise à niveau du personnel en CPN :** 80 % du personnel chargé de la CPN ont reçu une formation sur CPN les deux dernières années.
- ✓ **Supervision du personnel en CPN :** 70 % agents ont été supervisés sur la CPN les trois derniers mois précédant l'enquête.

Appréciation du processus de prise en charge des gestantes en CPN :

### **1. Appréciation de la performance du personnel**

Cette appréciation concerne l'exécution des gestes et pratiques effectués lors des consultations prénatales selon les normes et procédures du Mali.

**Tableau XVI : Répartition des gestantes selon l'interrogatoire**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Informe la femme du déroulement de la consultation	272	84,2	51	15,8
Recherche les informations sur l'identité de la femme	323	100,0	0	0,0
Recherche les antécédents gynéco- obstétriques (gestité, parité,..)	309	95,8	14	4,2
Recherche les antécédents médicaux et chirurgicaux (HTA, diabète, césarienne,..)	283	87,5	40	12,5
Recherche la date des dernières règles	256	79,2	67	20,8
Demande la vaccination antitétanique est à jour	296	91,7	27	8,3
Recherche des informations sur le mode de vie	131	40,5	192	59,5

Cinq sur sept éléments de l'interrogatoire étaient conformes aux normes, ce score est satisfaisant.

**Tableau XVII : Répartition des gestantes selon l'examen physique**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Se lave les mains avant et après l'examen	202	62,5	121	37,5
Prise de la tension artérielle	323	100,0	0	0,0
Mesure de la Taille	323	100,0	0	0,0
Examen systématique de la tête au pied, (conjonctives, seins, cicatrice abdominale,..)	311	96,2	12	3,8
Mesure de la hauteur utérine	323	100,0	0	0,0
Recherche la vitalité foetale (mouvements foetaux actifs, bruits du cœur foetal)	323	100,0	0	0,0
Recherche de la position du fœtus (36 S.A)	291	90,2	32	9,8
Examen au spéculum	210	65,0	113	35,0
Toucher vaginal	323	100,0	0	0,0

L'examen physique a été satisfaisant à sept sur neuf éléments, ce score est de qualité acceptable.

**Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les tâches après l'examen physique**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Décontamine le speculum	291	90,2	32	9,8
Décontamine le gant	202	62,5	121	37,5
Aide la femme à se mettre dans la position assise	165	51,0	158	49,0
Calcul la date présumée de l'accouchement	226	70,0	97	30,0
Communique le résultat de l'examen à la femme	288	89,2	35	10,8
Remplit le registre, les fiches opérationnelles et autres supports	323	100,0	0	0,0

Les tâches après l'examen physique ont été effectuées à trois sur six éléments, ce qui est de faible qualité.

**Tableau XIX : Répartition des gestantes selon les bilans réalisés**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Groupe/ rhésus	323	100,0	0	0,0
BW	245	75,8	78	24,2
Test d'Emmel (si 1ère visite)	283	87,5	40	12,5
Propose le test de VIH (si 1ère visite)	323	100,0	0	0,0
Albumine -sucre	309	95,8	14	4,2
Vérifie les résultats des tests demandés ou les relance en sensibilisant la femme (si autres visites)	309	95,8	14	4,2

Cinq sur six éléments des bilans étaient conformes aux normes, ce score est de bonne qualité.

**Tableau XX : Répartition des gestantes selon les conseils pour la promotion de la santé**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Discute du plan d'accouchement et de l'importance de l'implication de son mari	262	81,2	61	18,8
Cherche une possibilité d'impliquer le mari	226	70,0	97	30,0
Donne des conseils sur : la nutrition, les produits nocifs (alcool, tabac), l'hygiène corporelle, le repos, le sport, l'allaitement maternel exclusif, la chimioprophylaxie et la planification familiale	226	70,0	97	30,0
Discute du programme de ses prochaines visites	309	95,8	14	4,2

Deux sur quatre éléments des conseils pour la promotion de la santé étaient conformes aux normes, ce score est de faible qualité.

**Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les soins et prévention**

Eléments effectués	Fait		Non fait	
	Effectif	%	Effectif	%
Traite les affections dépistées	323	100,0	0	0,0
Donne la dose supervisée TPI si approprié	323	100,0	0	0,0
Donne du fer/acide folique	323	100,0	0	0,0
Administre le VAT pour la femme non vaccinée	323	100,0	0	0,0
Donne toutes les explications sur la prise des médicaments	309	95,8	14	4,2

Les soins et prévention étaient conformes aux normes, ce score est de bonne qualité

Récapitulatif de la performance du personnel

Elle figure dans le tableau ci-après :

**Tableau XXII : Appréciation globale de la performance du personnel en matière de CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018.**

Modalités	Note conforme	Note obtenue	Norme	Score obtenu en pourcentage
Interrogatoire	7	5,46	>80%	78,0
Examen physique	9	7,92	>80%	88,0
Tâches après l'examen physique	6	4,33	>80%	72,2
Tests	6	5,75	>80%	95,8
Conseils pour la promotion de la santé	4	2,17	>80%	54,2
Soins et prévention	5	4,96	>80%	99,2

Ce tableau montre que l'appréciation de la performance du personnel est de faible de qualité.

## **2-Appréciation des relations interpersonnelles : relations soignants/soignées**

**Tableau XXIII : Répartition du personnel selon l'application des éléments de communication interpersonnelle dans le CSRéf de Nara en 2018.**

	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Accueil</b>						
Salue, souhaite la bienvenue	298	92,2	25	7,8	323	100,0
Offre un siège / invite à s'asseoir	304	94,1	19	5,9	323	100,0
Se présente et présente les autres membres de l'équipe	221	68,4	102	31,6	323	100,0
Demande ce qu'on peut faire pour elle et la mettre en confiance	237	73,4	86	26,6	323	100,0
<b>Communication</b>						
Ecoute attentivement la cliente	293	90,6	30	9,4	323	100,0
Utilise une communication positive non-verbale	295	91,4	28	8,6	323	100,0
Utilise un vocabulaire approprié pour répondre ou poser des questions à la cliente	295	91,4	28	8,6	323	100,0
Répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement	247	76,6	76	23,4	323	100,0
Demande à la cliente si elle a d'autres questions / problèmes à poser	218	67,6	105	32,4	323	100,0
Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien	204	63,3	119	36,7	323	100,0
Indique la date du prochain Rendez-vous	313	96,9	10	3,1	323	100,0

Parmi nos gestantes, 96,9 % ont reçu une indication de la part de l'agent de santé sur la date du prochain Rendez-vous.

Sur les deux (accueil et communication) éléments des relations interpersonnelles prestataires/patientes, Six (6) sont conformes à nos critères de qualité (> 80 %). Ce qui fait un score de 6 sur une échelle de 11 sous éléments.

Mesure des résultats des CPN :

Appréciation de la satisfaction des bénéficiaires :

Elle a été appréciée par rapport à l'accueil, à la prise en charge, à la disponibilité des agents, à la disponibilité des médicaments, à l'environnement physique de la structure et au coût des prestations.

**Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon leur satisfaction de la CPN dans le centre de santé de référence de Nara en 2018.**

Facteurs de satisfaction	Effectif	Pourcentage
<b>Accueil</b>		
Oui	312	96,5
Non	11	3,5
Total	323	100,0
<b>Prise en charge</b>		
Oui	316	97,8
Non	7	2,2
Total	323	100,0
<b>Disponibilité des agents</b>		
Oui	320	99,0
Non	3	1,0
Total	323	100,0
<b>Disponibilité des médicaments</b>		
Oui	293	90,6
Non	30	9,4
Total	323	100,0
<b>Environnement physique de la structure</b>		
Oui	309	95,8
Non	14	4,2
Total	323	100,0

Le tableau montre que les gestantes ont été largement satisfaites par rapport à l'ensemble des cinq modalités retenues pour la variable de satisfaction des bénéficiaires, conforme aux normes ( $\geq 80\%$ ). Ce qui donne un score total de 5 sur 5.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **6.1. Méthodologie :**

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de Nara de janvier à décembre 2018 sur l'évaluation de la qualité de la CPN recentrée

Elle a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN [17] et a porté sur 323 gestantes.

Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure.
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité des gestes liés à la consultation prénatale.
- Nous avons été confrontés essentiellement à deux types de difficultés :
  - La qualité de certains dossiers (dispersion des données entre les supports, données non mentionnées) ;
  - Les langues locales.
- Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé essentiellement des études faites au Mali.

### **6.2. Qualité des structures :**

Pour la norme architecturale le niveau de qualité du CSRéf de Nara a été comme suit :

La clôture était en bon état, la construction était faite en ciment, la cour dallée. Il n'y avait pas de bonne protection contre la poussière au niveau des dépôts de vente. Il n'y avait pas de salle d'attente, les femmes attendaient dans les couloirs exposés au vent et à la poussière. L'unité de CPN était insuffisamment équipée. Les locaux de la CPN étaient propres mais les toilettes sont impropres.

Le système d'éclairage, la communication avec d'autres structures et l'approvisionnement en eaux potables étaient assurés par les réseaux publics (EDM, SOTELMA et Orange Mali)

Sur le plan de la qualité de la structure, nous avons classé le CSRéf de Nara au niveau III, ce résultat est comparable à celui de Sandra S.W. [20].

### **6.3. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **✓ Interrogatoires**

Dans notre étude l'interrogatoire a été insuffisamment exploré.

Les interrogations sur les antécédents obstétricaux étaient de bonne qualité. Par ailleurs, les gestantes manquaient d'information sur l'évolution de la grossesse, le lieu d'accouchement et les signes d'alerte. Celles portant sur les antécédents médicaux et les déroulements de la grossesse étaient de faible qualité, Traoré F. [21] a trouvé les mêmes résultats. L'accueil était de qualité acceptable. Ce résultat est différent de celui de Traoré F. [21] qui trouvait que l'accueil était de faible qualité.

#### **✓ L'âge**

La tranche d'âge de 20-24 ans était la plus représentée avec 26,9%, ce résultat est inférieur à celui de Traore F. [21] qui a trouvé 56,7%.

#### **✓ Niveau d'instruction**

Notre étude a montré que 30,2% des gestantes n'étaient pas scolarisées, ce qui est inférieur à celles de la région de Mopti et de la ville de Bamako qui avaient respectivement 80% et 50% selon EDS IV [22].

#### **✓ L'ethnie**

Dans notre étude l'ethnie maure était majoritaire.

### ✓ **La profession**

La grande majorité dans notre échantillon était des femmes au foyer avec 53,6%, ce qui est inférieur à celui de Fomba S. 84,5% [12], et de Traoré F. 58,5% [21].

### ✓ **La gestité**

Les Paucigestes étaient les plus représentées avec 34,0% dans notre échantillon.

Quant aux multigestes : elles représentaient 30,0%, ce qui est inférieur à celui de Fomba S. [12] avec 46,5%.

### ✓ **La parité**

Les paucipares représentaient 29% de notre échantillon.

Quant aux grandes multipares, elles représentaient 6 % des cas.

Les célibataires représentaient 1,6%, ce qui est inférieur à ceux de : Koita M [23] : 8,6% et de Fomba S. [12] : 6,5%.

### ✓ **Antécédents et facteurs de risque**

Dans notre étude 8% des gestantes avaient fait au moins un avortement, ce qui est inférieur à celui de Koita M [23] : 12%.

Les facteurs de risque étaient la grande multipare 6,6% et HTA 6,0%, ce résultat est contraire à celui de Traoré F. [21] qui avait trouvé l'HTA 9% et le diabète 14%.

### ✓ **Examen physique et obstétrical**

Nous avons constaté que certains gestes tels que le lavage des mains avant et après l'examen et l'examen systématique de la tête aux pieds n'étaient pas bien exécutés. Ce résultat est similaire à celui de Traoré F. [21].

Les autres examens tels que la prise de la TA, la mesure de la taille, la prise du poids ont été réalisés chez la totalité des gestantes.

En ce qui concerne les examens obstétricaux tels que le toucher vaginal, 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 Traoré F. [21]. Le remplissage du registre et la communication du résultat à la femme ont été les tâches les plus effectuées après l'examen. Par contre aider la femme à se mettre dans la position assise et la communication des résultats à la femme ont été insuffisamment effectués.

#### ✓ Examens complémentaires et soins préventifs

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 systématiquement chez toutes les gestantes, ce résultat est similaire à ceux de Traoré F. [21] et de qui a trouvé le même constat.

Dans notre étude toutes les gestantes ont bénéficié de la prophylaxie anti palustre à base de SP et MII et de la vaccination anti tétanique (VAT) et des conseils sur l'hygiène corporelle, l'utilisation des produits nocifs, le repos et l'allaitement maternel exclusif. Le même constat a été apporté par Sandra S W. [20] et Fomba S. [12].

La sérologie VIH était demandée systématiquement chez les gestantes après un Counseling.

#### **6.4. Résultats de la CPN**

Dans notre série un rendez-vous a été donné à toutes les gestantes et de façon précise, ce qui est contraire à celui de Sandra S W [20] :37%. Les gestantes étaient insuffisamment informées sur le déroulement de la grossesse, le lieu d'accouchement et les signes d'alerte et la conduite à tenir en cas de leur survenance.

Notre entretien a montré que 80% des gestantes ont été satisfaites par rapport aux prestations reçues, ce résultat est meilleur à celui de Sandra S W [20] :78%.

Au cours de cette étude, la plupart des gestantes ont été vues au troisième trimestre avec un taux de 72% et de 18% des gestantes avaient eu 4 CPN ce résultat est meilleur que celui de S W Sandra [20] :13,5% et Coulibaly D [24] 12,6%.

Certaines questions ou certains conseils sur les signes d'alertes n'ont pas été expliqués aux gestantes dans la plupart des cas. Dans notre étude la majorité des gestantes n'étaient pas informées sur les conditions de l'accouchement. Ce résultat est meilleur à celui de Fomba. S à la MIPROMA [20] où toutes les gestantes avaient affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

La durée des CPN était comprise 5 et 9 minutes à 61%, ce qui est inférieur à celui de Coulibaly D [24] : 86%

## VII. CONCLUSION

Notre étude sur l'évaluation de la qualité de la CPN au CSRéf de Nara, s'est déroulée de janvier à décembre 2018, ainsi :

Le niveau de qualité du CSRéf de Nara, l'accueil et la majorité des CPN a été faite par les sages-femmes (personnel qualifié), ce qui est satisfaisant.

Les examens complémentaires (groupage rhésus, test d'Emmel, BW, albumine/sucre dans les urines) étaient systématiquement demandés à la première consultation. Toutes les gestantes de notre série ont bénéficié des soins préventifs.

Cependant absence de personnel chargé de l'accueil et d'orientation des patients et manque de protection contre la poussière au niveau du dépôt de vente

L'interrogatoire sur les antécédents médicaux et obstétricaux a découvert certains facteurs de risque qui n'ont pas été suffisamment pris en compte.

La communication interpersonnelle soignants/patientes était de faible qualité.

L'examen du bassin obstétrical au troisième trimestre a été ignoré. Les conseils sur les signes d'alertes et les informations sur les conditions de l'accouchement manquent dans la quasi-totalité des CPN.

Il ressort de cette étude que l'évaluation de la qualité des services est une nécessité absolue pour l'amélioration des prestations dans les centres de soins intégrés en santé de la reproduction.

A la suite de ces constats, nos résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins au CSRéf de Nara.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

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

### **Au personnel du CSRéf de Nara**

- Respecter les normes et procédures nationales en matière de CPN
- Renforcer l'interaction soignant-soigné par la CCC au cours de la CPN.
- Améliorer la qualité de l'interrogatoire en tenant compte des antécédents médicaux et les examens complémentaires en vue de détecter les grossesses à risque.
- Examiner le bassin obstétrical en fin de grossesse, pour apprécier le pronostic de l'accouchement.

#### **1. Aux Autorités Sanitaires:**

- Assurer une formation continue du personnel socio sanitaire par des séminaires et des ateliers.
- Mettre des barrières de protection contre la poussière et les moustiques (vitres tamis et rideaux aux fenêtres) dans la salle de CPN.
- Equiper le CSRéf de matériels de bonne qualité.
- Recruter du personnel en nombre suffisant
- Exiger le nettoyage régulier des ouvrages (bâtiments, latrines et cour) par le service d'hygiène.

#### **2. Aux gestantes :**

- Commencer la CPN dès le début de la grossesse et suivre régulièrement le calendrier CPN.
- Appliquer les conseils stricts donnés par les prestataires de santé.
- Une bonne conservation du carnet de suivi de la grossesse et de le présenter à chaque consultation.

#### **3. A la Communauté :**

- Impliquer la communauté dans la gestion des politiques de santé
- Adhérer aux programmes de santé communautaire.

- Aider le personnel de santé à sensibiliser et à mener correctement les activités de CPN en s'impliquant dans la sensibilisation et dans la prise de décision.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. Angoulvent P**

La grossesse. Collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990

### **2. Papier Nike. Caro ID., Pons J. C**

Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris ; Flammarion, médecine sciences, 1995. Pages 7535-7537.

### **3. DNSI-CPS/MSSPA**

Enquête Démographique et Santé du Mali, EDSMVI Mali 2018.

### **4. 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. [www.emconsulte.com/article/114377](http://www.emconsulte.com/article/114377) ; consulté le 16/03/2013

### **5. OMS**

Procédures en Santé de la Reproduction. Volume 3, Edition 2018.

### **6. Maiga Consulter A. S**

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine 2008.M216.86pages.

### **7. Bocoum H**

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le CSCOM de l'ASACOBakon en commune III du district de Bamako en 2006. Thèse de médecine 7. M 258.

### **8. Mahamat Nour-Azalo**

Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2005.M147.

**9. Samaké A K dit Z**

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de Bougouni. Thèse de médecine 2007- 2008.M245. 54 pages.

**10. Division Santé Communautaire/Ministère de la Santé**

Procédures des services de santé de la reproduction(Mali), Bamako, Mars 2000, 230p.

**11. Direction Nationale de Santé**

Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé de la république du Mali ; 2005.

**12. Fomba S**

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002.Thèse de médecine Bamako 2003M84. 103P.

**13. Samaké N**

Evaluation de la qualité des soins dans le centre de santé communautaire de Boulkassoumbougou II. Thèse médecine 2008-2009

**14. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale :**

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43.

**15. OMS**

Estimation révisée de 1990 de la mortalité maternelle 1ère édition nouvelle méthodologique OMS/UNICEF, Avril 1996, Genève P16.

**16. Corlien M. VARKEVISSIER**

Elaboration et mise en œuvre de programme pour la recherche sur les systèmes de santé, Ottawa 1993 ; 396 pages.

**17. DONEBEDIAN ADEVIS:**

Exploration in assessment and monitoring, Vol I

The definition of quality and approaches to its assessment health administration press e an Arbor, Michigan, 1980.

## **18. Division sante de la reproduction**

Procédure en santé de la reproduction soins prénatales recentrés, soins prénatales, soins post natal, soins après avortement, pathologie Génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme juin 2005.219Pages.

## **19. OMS, Maternité sans risque**

Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars-Juillet1992-N°8-12P.

## **20. Sitouck Wonguem Sandra.**

Qualité de la surveillance prénatale au CSREFCV du District de Bamako.

Thèse Médecine, Bamako.2006 ; 300 : P62.

## **21. Traore F :**

Evaluation de la qualité des CPN dans le CSCOM de Daoudabougou (ADASCO); Mémoire de Médecine communautaire, Bamako 2015, 53 pages.

## **22. DNSI-CPS**

Enquête Démographique et de Santé (EDSM IV) du Mali 2006. Pages : 27, 66, 114, 199

## **23. Koïta M.**

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako.

Thèse de médecine 2001 M14 ; 129 pages.

## **24. Coulibaly D :**

Evaluer les connaissances, les attitudes et pratiques chez les gestantes sur les CPN au CSRéf de la commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2015 ; 14P43.

## **25. Coulibaly Sidy :**

Etude de la qualité de la consultation prénatal au centre de santé ASACOBOUL II en commune I du district de Bamako, de novembre 2012 à janvier 2013 196 cas. 116 pages.

## Fiche d'enquête

### A. Identification

N°. fiche : / \_\_\_\_\_ / Numéro de la visité prénatale : / \_\_\_\_\_ / en nombre

Q1. Date de la visite prénatale : /\_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_/

Q2. Heure du début de la visite : /\_\_\_/h /\_\_\_/mn

Q3. Heure de fin de la visite : /\_\_\_/h /\_\_\_/mn

### B. Caractéristiques Sociodémographiques de la gestante

Nom & Prénom : / \_\_\_\_\_ /

Q4. Age : /\_\_\_/ ans

Q5. Ethnie :

1 : Bambara

2 : Peuhl

3 : Maure

4 : Soninké

5 : Autre / \_\_\_\_\_ /

Q6. Profession :

1 : Ménagère

2 : Vendeuse

3 : fonctionnaires

4 : Aide-ménagère

5 : Commerçante

6 : Artisane

7 Autres / \_\_\_\_\_ /

Q7. Niveau D'éducation :

1 : Non scolarisée

2 : Primaire :

3 : Secondaire

4 : Supérieure

5 : enseignements Coraniques :

Q8. Etat matrimonial :

1 : Célibataire

2 : mariée

3 : Veuve

4 : Divorcée

Si mariée, régime matrimonial 1 : monogamie

2 : autres

Q9. Résidence

1 : rurale

2 :

urbaine

Q10. Situation socio familiale de la famille :

- 1 : Bas niveau                      2 : Moyen  
3 : Favorable

Q11. Profession du mari :

- 1 : cultivateur                       2 : commerçant  
 3 : fonctionnaire                       4 : manœuvre  
 5 : autres.

Q12. Distance parcourue pour venir à la CPN / \_\_\_\_\_/Km

Q13. La grossesse est-elle à risque ? :

- 1 : oui                                       2 : non  
Si oui, choisir :  
 1 : âge inf. à 16 ans                       2 : Primipare âge (30 ans ou plus)  
 3 : Grande multipare (sup. ou égal à 6 Accouchements),  
 4 : Dernier accouchement dystocique  
 5 : Antécédent mort-né  
 6 : Taille inf. à 150 cm     7 : HTA  
 8 : Poids inf. à 45 kg                        
 9 : Autre

/ \_\_\_\_\_/

Q14. Nombre de CPN réalisées pour la grossesse en cours :

/ \_\_\_\_\_/

Q15a. Qualification de la personne qui prend en charge la gestante

- 1 : médecin                               2 : sage-femme  
 3 : matrone                               4 : infirmière obstétricienne  
 5 : Autre / \_\_\_\_\_/

Q15b. expérience de l'agent / \_\_\_\_\_/ ans

Q15c. année de la dernière formation continue de l'agent : / \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/20 \_\_\_\_\_

Q15d. sexe de l'agent : 1 : masculin                      2 : féminin

Q16. Langue de communication durant la CPN :

- 1 : sonrhäï                                       2 Français  
3 : Bambara                                       4 : Autre

/ \_\_\_\_\_ /

### C. Antécédents obstétricaux

Q17.Gestité : / \_\_\_\_\_ /

Q18.Parité : / \_\_\_\_\_ /

Q19.Nombre de fausse couche : / \_\_\_\_\_ /

Q20.Nombre d'enfants vivants : / \_\_\_\_\_ /

Q21.Nombre de morts nés : / \_\_\_\_\_ /

Q22.Nombre d'enfants décédés : / \_\_\_\_\_ /

Q23. ATCD de césarienne :

1 : oui             2 : non

Si oui, nombre : / \_\_\_\_\_ /

### D. Antécédents Médicaux

Q24.HTA :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q25.Diabète :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q26.Affection cardiaque :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q27.Drépanocytose :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q28.Si autre, précisé : / \_\_\_\_\_ /

Q29. Age gestationnel :

Selon la gestante : / \_\_\_\_\_ /  
/ \_\_\_\_\_ /

selon le carnet :

Q30.Date des dernières règles :

1 : oui

2 : non

Q31. Date de terme prévu pour l'accouchement :

1 : oui

2 : non

### **E. Index de qualité de la CPN durant la visite**

Q32 : Conseils reçus sur l'assistance aux soins postnataux :  1 : Oui

2 : non

Q33 : Conseils reçus sur vaccination du nouveau-né :  1 : Oui  2 :

non

Q34 : Question sur une notion de fatigue comme signe d'alerte :  1 : Oui

2 :

non

Q35 : Retour à la consultation si il y a notion de fatigue :  1 : Oui

2 : non

Q36 : Demander une notion de fièvre comme signe d'alerte :  1 : Oui

2 : non

Q37 : Retour à la consultation si il y a notion de fièvre :  1 : Oui  2 :

non Q38 : Retour à la consultation si le visage ou les mains sont enflés :

1 : Oui  2 : non

Q39 : Demander les signes d'alerte comme visage et mains enflés :

1 : Oui  2 : non

Q40 : Conseil sur les soins postnataux :  1 : Oui  2 : non

Q41 : Conseils sur la vaccination du nouveau-né :  1 : Oui  2 :

non

Q42: Question sur signe danger : fatigue :  1 : Oui  2 : non

Q43 : Conseil sur la visite au centre de santé si fatigue :  1 : Oui  2 :

non

Q44 : Question sur signe danger : fièvre :  1 : Oui  2 :

non

Q45 : Conseil sur la visite au centre de santé si fièvre :  1 : Oui  2 : non

Q46 : Conseil sur la visite au centre de santé si œdème du visage ou des mains :

1 : Oui  2 : non

Q47 : Conseil sur la visite au centre de santé si maux de tête ou trouble de vision :

1 : Oui  2 : non

Q48 : Conseil sur l'accouchement avec agent de santé :  1 : Oui  2 : non

Q49 : Question sur signe de danger : Saignement :  1 : Oui  2 : non

Q50 : Question sur signe de danger : mouvements fœtaux :  1 : Oui  2 : non

Q51 : Conseils sur la visite en cas de saignement :  1 : Oui  2 : non

Q52 : Réalisation ou référence pour test urinaire :  1 : Oui  2 : non

Q53 : Réalisation ou référence pour taux d'hémoglobine :  1 : Oui  2 : non

Q54 : Question sur autres signes de danger :  1 : Oui  2 : non

Q55 : Conseils sur le fond et le transport pour l'accouchement :  1 : Oui  2 : non

Q56 : Conseils sur l'accouchement au centre de santé :  1 : Oui  2 : non

Q57 : Prescription ou administration du VAT :  1 : Oui  2 : non

Q58 : Explication sur la prise des comprimés de fer :  1 : Oui  2 : non

Q59 : Prescription ou don de fer et/ou acide folique :  1 : Oui  2 : non

Q60 : Vérification pour pâleur conjonctivale pour anémie :  1 : Oui  2 : non

Q61 : Contrôle de la TA :  1 : Oui  2 : non

Q62 : Palpation abdominale pour globe urinaire :  1 : Oui  2 : non

Q63 : Mesure du poids :  1 : Oui  2 : non

## **Fiche signalétique**

**Nom :** MAIGA

**Prénom :** Mahamadou Yehia

**Date et lieu de naissance :** 26 juillet 1992 à Ha/Bourem

**Nationalité :** Malienne

**Titre :** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le Centre de Santé de Reference de Nara 2018.

**Ville de soutenance :** Bamako

**E-mail :** mmahamadouy@gmail.com

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

**Secteur d'intérêt :** Santé publique- Gynécologie Obstétrique

### **Résumé de thèse :**

Il s'agissait d'une étude évaluative descriptive transversale qui a concerné un échantillon de 323 consultations prénatales réalisées sur une durée de 12 mois et sélectionnées de manière aléatoire. L'étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Reference de Nara afin d'apprécier la qualité de la CPN et avait pour but de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes qui ont recours aux CPN lors de notre étude; Mesurer les résultats des CPN en terme de satisfaction des bénéficiaires ; et formuler des recommandations pour l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale dans la perspective de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a la maternité du Centre de Santé de Reference de Nara.

C'est ainsi que nous avons obtenu durant notre étude que les maures étaient majoritaires soit 53,2%. La majorité des femmes enceintes étaient non scolarisées soit 34% et près de 33% avaient reçu un enseignement coranique.

Les femmes au foyer étaient majoritaires soit 60% des cas. Au cours de cette étude, la plupart des cas ont été vues au troisième trimestre avec un taux de 72%, moins de 20% des femmes enceintes avaient réalisé 4 CPN.

A la fin de l'étude nous avons fait des recommandations aux personnels soignants, aux autorités sanitaires, et aux gestantes.

**Mots clés :** Evaluation, Qualité, Consultation prénatale.

## Serment d'Hippocrate

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

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

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

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

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

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

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

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

Je le jure