



UNIVERSITÉ DES SCIENCES TECHNIQUES ET
TECHNOLOGIQUES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013 – 2014

N°...../.....

TITRE :

EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS LES CSCOM DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2013

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le/...../2014
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie Par

Mlle WOKDEN JOSEPHINE SONIA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président du jury : Professeur Akory AG IKNANE

Membre du jury: Docteur Hawa THIAM

Co-directeur de thèse: Docteur Bakary DIARRA

Directeur de thèse : Professeur Adama DIAWARA

INTRODUCTION

Une grossesse fait naître un grand espoir pour l'avenir et peut donner à la femme un statut social particulier très apprécié [1]. Elle permet à la femme de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille. Cependant, c'est également une situation où les risques sont accrus pour la santé de la mère et celle de l'enfant à naître, tant en terme de morbidité, qu'en terme de mortalité [2].

Dans les régions où la population est constituée d'environ 20% d'enfants de moins de 5 ans et 30% de femmes en âge de procréer, les activités de santé maternelle et infantile sont susceptibles d'avoir un impact important sur l'ensemble de la population [3]. Le suivi de la grossesse a pour objectifs de favoriser le développement d'une grossesse normale, d'identifier et de prévenir les éventuelles complications ou aggravations pouvant survenir pendant la grossesse et en outre de dicter la voie de l'accouchement. Il permet également à la femme d'accoucher dans de bonnes conditions physiques et psychologiques.

Dans le monde au moins 1.600 femmes environ meurent chaque jour suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute qui représente 585.000 décès maternels par an [4]. Dans un grand nombre de pays en développement plus de la moitié des décès maternels et néonataux sont dus à l'absence ou à l'insuffisance des soins prénatals, per partum et post partum [5]. La surveillance de la grossesse s'inscrit donc dans une démarche de prévention et de dépistage et doit se faire de manière évolutive au fur et à mesure, et ce jusqu'à l'accouchement.

Depuis la fin des années 1980, l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès maternels ont été au centre de plusieurs sommets et conférences internationales [6]. Par ailleurs dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la communauté internationale est engagée à réduire le ratio de la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 (voir [6]). Pour relever ce défi, les autorités de la République du Mali ont adopté et mis en œuvre depuis 1990 la politique sectorielle de santé des populations, dont l'objectif général est la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible [7]. Un vaste programme de création de Centres de Santé Communautaires gérés par les communautés a été lancé. Par la suite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la conférence internationale pour la population et le développement (CI PD) dont les soins de qualité en est l'une de ses composantes [8].

Les soins prénatals sont maintenant universellement acceptés comme une part essentielle des soins obstétricaux et la plupart des autorités sanitaires dans les pays en développement

essayent d'offrir ce service à leur population. En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines capitales et villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes comptaient faire la C.P.N et que celle-là était assurée à 94% par des sages-femmes. A Bamako au Mali, 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins[9].

Pour réduire les risques de décès maternels liés à la grossesse, l'accouchement et dans le post partum, l'OMS recommande que toute femme enceinte doit se faire examiner dans un établissement de santé au moins quatre fois pendant sa grossesse, tous les accouchements doivent être effectués dans un milieu surveillé au niveau des structures d'accouchement et trois consultations postnatales sont préconisées pour assurer les suites de l'accouchement. En effet toute grossesse non suivie est une grossesse à risque qui pourrait porter préjudice à la vie de la femme et de son enfant. Une enquête sur la couverture prénatale dans le district de Bamako [11] a été évaluée à 76,5% en octobre 1996; toutefois 41,9 % seulement de cette population avaient effectué au moins deux visites prénatales après le 6^{ème} mois de grossesse ; rendant compte des dysfonctionnements du système même dans les localités les plus favorisées de notre pays.

Au Mali, le taux de mortalité est passé de 582 [10] à 464 pour cent mille naissances vivantes (EDSMIV 2006), soit un décès maternel toutes les trois heures. Malgré cette tendance à la baisse de la mortalité maternelle et le recours aux soins liés à la grossesse, la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale demeurent élevées, constituant toujours un problème de santé publique. Au regard de tous ces résultats, une évaluation périodique de la qualité de la CPN s'avère nécessaire. Les centres de santé communautaires(CSCOM) sont les lieux de premier contact du système de santé avec les populations; C'est dans le but d'apporter notre contribution à l'amélioration de la surveillance de la grossesse que nous avons décidé de faire cette étude sur la qualité de la consultation prénatale en commune III du district de Bamako. Elle vise les objectifs suivants :

I. OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer la qualité de la consultation prénatale en commune III du district de Bamako en 2013.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes utilisatrices de la CPN en 2013 ;
- Décrire le dispositif d'offre de la CPN dans les CSCOM de la commune III en 2013 ;
- Décrire l'offre de la CPN dans les CSCOM de la commune III en 2013 ;
- Apprécier le niveau de satisfaction des bénéficiaires de la CPN et des prestataires ;

II. GENERALITES

2.1. La Consultation Prénatale

2.1.1. Historique

L'histoire de la CPN moderne semble débuter en occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 [12] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901[13].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultation prénatale prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas. F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet le 29 Décembre 1934 précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale.

Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- le standard de soins inadéquats [12].

Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale était en moyenne de 50% (73% en milieu urbain et 27% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [14]. L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte. Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels [14,15]. C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (risk scoring system) [16].

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque* » [17] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel « *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)* » [18].

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques [12] [19], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme mais la nouveauté résidait dans la mise au point de méthode de quantification du risque. Cette approche devait, « *par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie, a de se produire* » [18], permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

Evolution

De nos jours, la couverture par les soins prénatals est élevée en général en Afrique ; à peu près 70% des femmes enceintes assistent à une consultation prénatale au moins une fois pendant leur grossesse (OMS 2005). Les soins prénatals qu'elles reçoivent au cours de ces consultations aident à assurer qu'elles et leurs nouveau-nés survivent à la grossesse, l'accouchement et les périodes postnatales et du post-partum en bonne santé. Une nouvelle approche, appelée soins prénatals focalisés (SPF) est un moyen très efficace pour prodiguer les soins prénatals. Les soins prénatals focalisés se veulent à des interventions visant spécifiquement les besoins et les préoccupations de la femme gestante selon l'âge de la grossesse.

2.1.2. Objectifs de la consultation prénatale:

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

2.1.3. Calendrier de CPN

Les normes et procédures pour la surveillance prénatale du ministère de la santé du Mali recommandent au moins 4 CPN au cours de la grossesse.

- 1^{ère} visite : au premier trimestre(16 SA) ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte ;
- 2^e visite : Entre 24 et 28 SA ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre ;
- 3^e visite : Entre 28 à 34 SA à 32SA (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;
- 4^e visite : a partir de la 36 SA. Au cours de cette dernière l'examen du bassin est impératif ; le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement ainsi que la voie d'accouchement ;
- Autre visites : Si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence

des visites d'après les résultats (antécédents, examens, tests) ou bien pour suivre la politique locale.

2.1.4. Matériel de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante. Les matériels nécessaires aux niveaux des CSCOM selon les normes et procédures du Mali sont [20]:

- Table gynécologique 1 ;
- Bassin de lit 2 ;
- Boîte à instruments 1 ;
- Ciseaux pointe mousse 2 ;
- Sonde urétrale 1 ;
- Thermomètre 15 ;
- Jeu de spéculum GM, MM, PM 18 ;
- Tensiomètre 2 ;
- Stéthoscope biauriculaire 2 ;
- Stéthoscope obstétrical 1 ;
- Haricot inox 3 ;
- Trousse d'analyse d'urine 1 ;
- Stérilisateur 1 ;
- Lampes baladeuses ou torche 2 ;
- Détecteur de BCF à effet Doppler 1 ;
- Pèse-personne 2 ;
- Mètre ruban 2 ;
- Toise 2 ;
- Alèzes ;
- Des gants stériles ;
- Un Seau contenant une solution désinfectante.

Les activités préventives:

- La vaccination anti tétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;

- La prophylaxie anti-paludisme.

2.1.5. Le bilan prénatal

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

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'hémoglobine ;
- Albuminurie, glycosurie ;
- Le Bordet Wasserman (BW) ;
- 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 sont très nombreux et certains ne seront demandés que dans les situations spécifiques on peut énumérer :

- la sérologie toxoplasmose et la sérologie rubéole qui seront demandées en cas surtout d'antécédent de fausse couche spontanée;
- l'azotémie, la créatininémie, l'uricémie, la glycémie, la protéinurie et l'échographie doppler, seront demandées en cas surtout d'HTA ;
- la sérologie VIH sera demandée après consentement de la gestante ;

- l'ECBU sera demandé en cas de signe d'infection urinaire (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle) ;
- le Prélèvement Vaginal sera demandé en cas de signe d'infection génitale (vulvo-vaginite).

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

2.2. La consultation prénatale recentrée

❖ Concept : [21]

Les soins prénatals, c'est à dire les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. L'approche traditionnelle aux soins prénatals présume que davantage de consultations assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte. Une approche actualisée, appelée soins prénatals focalisés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en voie de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Les soins prénatals recentrés partent du principe que toute femme enceinte est à risque de complications et que toute femme devrait donc recevoir les mêmes soins de base y compris un suivi pour les complications. Cette approche ne se fie pas à certains facteurs de risque et mesures qui font partie de la routine des soins prénatals traditionnels parce que ces indicateurs ne se sont pas avérés efficaces pour améliorer les résultats de la grossesse. Par contre, les soins prénatals focalisés se fient aux interventions prouvées et orientées selon un objectif, qui sont appropriées à l'âge de la grossesse, et qui visent les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés. Dans les zones à haute prévalence de paludisme, de telles interventions portent également sur le diagnostic, la prévention et le traitement du paludisme et ses complications. Une autre stratégie clé des soins prénatals recentrés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de soins de santé compétent, c'est à dire une infirmière, une sage-femme, un médecin ou bien par un autre prestataire qualifié ayant les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour œuvrer vers l'accomplissement des buts des soins prénatals, tels que décrits ci-dessous.

❖ **Principes de la CPN recentrée [20]**

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

- La détection et traitement précoces des problèmes et complications ;
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine- pyriméthamine ;
- La préparation à l'accouchement.

2.3. Les étapes de la CPN recentrée [20]

2.3.1. Préparer la CPN

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

2.3.2. Accueillir la femme avec respect 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.

2.3.3. Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demandé 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.

2.3.4. Procéder à l'examen :

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

2.3.5. Demande des examens complémentaires.

- A la première consultation :
 - o Demande le groupe sanguin rhésus ;
 - o Demande le test de Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage) ;
 - o Albumine / sucre dans les urines ;
 - o Demande de faire le test VIH après counseling .
- Les autres consultations :
 - o Demande albumine /sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante.

2.3.6. Prescrire les soins Préventifs

Les soins prénatals recentrés encouragent la mise en œuvre d'interventions sûres, simples et rentables pour éviter les complications de la grossesse et de l'accouchement. Deux interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales dans le monde sont la vaccination antitétanique et l'apport complémentaire en fer/folate pour éviter les carences en fer. La carence en fer peut mener à une anémie grave qui s'associe à la prématurité, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à la mortalité maternelle et néonatale.

D'autres interventions clés chez les femmes enceintes vivant dans des pays endémiques à forte transmission palustre comportent le traitement préventif intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine (la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN :3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ; la 1^{ère} prise :4eme mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16cm+ sensation des mouvements fœtaux; 2^{ème} prise à partir de la 28^{ème} SA et pas après la 32^{ème} semaines d'aménorrhée). Et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII). Le TPI tue les parasites du paludisme dans le sang de la femme et aide à éviter qu'ils ne s'attaquent au placenta et n'aient un effet néfaste sur le fœtus. En outre, il aide aussi à détruire les parasites qui se trouvent dans le placenta. Les MII tuent et repoussent les moustiques.

Les soins prénatals recentrés encouragent également les mesures préventives pour les autres maladies et carences nutritionnelles suivantes :

- VIH/SIDA ;
- Déficit en micro nutriments (vitamine A, iode, fer, zinc .) ;
- Parasitoses intestinales (ankylostomiase, amibiase).

2.3.7. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

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

Si une femme est bien préparée à un accouchement normal et à des complications possibles, elle est plus apte à recevoir les soins rapides et appropriés dont elle a besoin pour préserver sa santé et celle de son nouveau-né. Chaque femme et sa famille doivent se préparer à répondre de manière appropriée à une situation d'urgence. Tout prestataire compétent doit aider la femme et sa famille à développer un plan pour l'accouchement comme suit :

- 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^{ème} semaine de l'aménorrhée ;
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- Pertes ensanglantées ;
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

2.3.9. Donner le prochain rendez-vous

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

- Une au 1^{er} trimestre ;
- Une au 2^{er} trimestre ;
- Deux au 3^{er} trimestre.

Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

2.3.10. Raccompagner la gestante après l'avoir remerciée

2.3.11. Consultation Périnatale de suivi :

En plus des gestes de la CPN initiale il faut 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.

2.3.12. Détection et traitement précoces des complications

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

- Paludisme ;
- Anémie grave ;

- Pré-éclampsie/éclampsie ;
- VIH ;
- Infections sexuellement transmissibles (IST).

Dans les zones endémiques à forte transmission palustre, rechercher les signes/symptômes du paludisme est un élément de routine des soins prénatals focalisés. Le diagnostic se fonde typiquement sur la présence de fièvre et considère également la région dans laquelle la femme vit ainsi que les signes/symptômes annexes. Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et traité comme tel.

2.4. Définitions usuelles

- ❖ **Qualité des soins** : C'est la manière d'être des procédures médicales bonnes ou mauvaises. Selon l'OMS la qualité c'est « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur cout, pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure de résultat et de contact à l'intérieur du système de soins » .[22]
- ❖ **La consultation prénatale recentrée** : c'est une approche actualisée sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre des visites. Elles reconnaissent 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 au point de vue logistique et financier.
- ❖ **Consultation prénatale (CPN)** : C'est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques, contribuant à trois fins essentielles :
 - Vérifier de bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains ;
 - Traiter ou orienter la femme 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 transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [23].
- ❖ **Evaluation** : C'est un jugement de valeur, sur un programme ou un projet en vue de formuler des recommandations sur les objectifs, les stratégies et l'allocation des ressources. Elle consiste également à vérifier l'impact de la résolution des problèmes,

à détecter les contraintes et à mesurer l'efficacité et l'efficience en vue de prendre une décision. [24]

- ❖ **Procédures** : Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par des prestataires. [20]
- ❖ **Normes** : Ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue de garantir la qualité et l'efficience. [25]
- ❖ **La grossesse** : C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction d'un produit de conception. [26]
- ❖ **Les facteurs de risque**: Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [26].

Les facteurs de risque se classent en trois catégories:

- Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse ;
- Les facteurs de risque apparaissant au cours de la grossesse ;
- Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement.

Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :

Il s'agit de: l'âge (inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans), la taille (inférieure à 1,50 mètres), la grande multiparité, le niveau d'alphabétisation (analphabètes), le statut matrimonial (célibataire), les conditions socio-économiques défavorables, l'intervalle inter génésique inférieur à 24 mois, les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra utérine, les antécédents d'extraction instrumentale (Ventouse, forceps), les antécédents de césarienne, déchirure périnéale complète compliquée ou d'excision rituelle), le diabète, les pathologies cardio-respiratoires ou cardio-vasculaires sévères, etc.

Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse :

Il s'agit des métrorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retro placentaire), de la prise brutale et importante de poids, de l'hypertension artérielle, de l'éclampsie, de la présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare, des grossesses multiples, de l'anémie ou de la malnutrition etc.

Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement :

Il s'agit de la rupture utérine ou de la souffrance fœtale aiguë, de la dystocie mécanique ou dynamique, de l'hémorragie de la délivrance í

- ❖ **Grossesse à haut risque :** c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère, soit pour le fœtus, vital ou non pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement
- ❖ **Grossesse gémellaire :** C'est une grossesse au cours de laquelle deux fœtus se développent simultanément dans l'utérus.
- ❖ **Grossesse multiple :** C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus plus de deux fœtus.
- ❖ **Maternité sans risque :** C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse ou des risques de décès[27].

Cette définition se rapproche de celle de l'OMS donnée à la CIPD (Septembre 1994) 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 rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à la grossesse.

- ❖ **La mortalité maternelle:** Selon l'OMS, c'est le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelles que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivée, mais ni accidentelle ni fortuite [28].
- ❖ **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 [29].
- ❖ **L'aire de santé ou secteur de santé :** C'est une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.
- ❖ **La carte sanitaire :** C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des structures de soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.
- ❖ **Le paquet minimum d'activité (PMA) :** Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autre le traitement des maladies courantes, consultation prénatale, post-natale avec accouchements et vaccinations [30].

- ❖ **Centre de santé communautaire** : C'est un centre de santé privé sans but lucratif qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique et dont la gestion est assurée par une association d'usagers dénommé ASACO.
- ❖ **Référence** : C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de la CPN.

III. METHODOLOGIE

3.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans les huit CSCOM de la commune III du district de Bamako

3.1.1. Présentation générale de la commune III :

La commune III du district de Bamako à l'instar des autres communes de la ville a été créée par l'ordonnance n°78-32 /CMNL du 18 août 1978 fixant le statut de Bamako. Sa population totale est estimée à 149 166 habitants en 2013.[31]

3.1.2. Situation géographique de la commune ;

La commune III s'étend sur une superficie de 23km² soit 7% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- Au Nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du fleuve Niger, comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;
- Et à l'Ouest, par la rivière Farako à partir du Lido, l'Avenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe la dite rivière et en fin la route n°A C I 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye.

La commune III comporte 23 quartiers et les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing qui lui ont été rattachés.

3.1.3. Les services sanitaires :

La commune III abrite une diversité de services de santé. Ils sont publics, para publics, privés, communautaires et militaires. Il s'agit la maternité du Camp I, la maternité de Garde Nationale, la maternité du génie militaire, la maternité de la Police Nationale, les CMIE, MUTEC et dispensaire EDM, les CSCOM des quartiers, les CHU du Point G, de Gabriel Touré et centres spécialisés de CNOS, IOTA et Centre de Santé de référence et les cliniques. Dans le cadre de la politique nationale de santé, la commune III est subdivisée en huit (8) aires de santé dont chacune a un CSCOM opérationnel.

Ce sont :

- Association De Sante Communautaire De NØTOMIKOROBOUGOU ;
- Association De Sante Communautaire De SAME ;
- Association De Sante Communautaire De BAMAKO COURA ;
- Association De Sante Communautaire De KOULOUBA ET POINT G ;
- Association De Sante Communautaire De BADIALAN III, KODABOUGOU, NIOMIRABOUGOU ;
- Association De Sante Communautaire De DRAVELA ;
- Association De Sante Communautaire De DARSALAM ;
- Association De Sante Communautaire De ØOUOLOFOBOUGOU BOLIBANA.

Premier niveau des soins de santé au niveau de la commune, les CSCOM mènent les activités curatives, préventives et promotionnelles.

3.2. Type d'Etude

C'est une étude descriptive transversale à visée évaluative.

3.3. Période d'étude

L'étude a été réalisée sur une période de un an allant du 30 avril 2013 au 07 mars 2014.

3.4. Populations étudiées

L'étude a concernée le personnel médical (les prestataires de la CPN), les gestantes de la commune III et les différentes sources d'information.

3.5. Méthode d'échantillonnage :

3.5.1. Méthode :

La méthode non probabiliste à été utilisée dans tous les cas pour identifier les échantillons.

3.5.2. Technique d'échantillonnage

Les différentes techniques utilisées sont :

- La commune : le choix de la commune III a été fait par commodité ;
- Les CSCOM : le choix des CSCOM a été exhaustif ;
- Le choix raisonné a été la technique utilisée pour identifier les prestataires et les supports ;
- Les gestantes : le choix des gestantes a été fait par convenance.

3.5.3. Tailles des échantillons

a. Gestantes et leur répartition

▪ Effectifs des gestantes

La formule de SCHWARTZ a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon des gestantes.

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{i^2}$$

$z = 1,96$: écart réduit correspondant au risque consenti (seuil de signification=0,05)

p =prévalence de la CPN en commune III qui est de 95% [31].

$q = 1 - p = 1 - 0,95 = 0,05$

$g = 2$ (effet grappe)

i =précision (=5%)

La taille de l'échantillon calculé est de $n = 145$ pour les femmes enceintes. Cet effectif a été majoré de 10% en prévision d'éventuels problèmes liés à la collecte de données. La taille de l'échantillon des gestantes a été portée à 160 gestantes pour l'ensemble des huit CSCOM de la commune III.

▪ Répartition de l'effectif des gestantes par aire :

Cet effectif (160) a été reparti entre les différentes aires de santé de façon proportionnelle. Ainsi la situation se présente comme suit :

Tableau I : Répartition des gestantes dans chaque CSCOM [31]

Aires de santé	Population totale	Population de gestantes attendue (5% de la population totale)	Proportion des gestantes par aire de santé (%)	Nombre de gestantes à enquêter par aire
Asacotom	13250	662	9	14
Asacodes	16635	832	11	18
Ascom	37488	1874	25	40
Asacokoulpoint	24223	1211	16	26
Asacobakon	24862	1243	17	27
Ascodrab	8979	449	6	10
Ascodar	10322	516	7	11
Ascoob	13408	670	9	14
Total	149166	7457	100	160

b. Nombre des observations

Quarante (40) consultations prénatales recentrées ont été observées en raison de cinq(05) par CSCOM.

c. Effectifs des prestataires de notre échantillon

Vingt quatre (24) prestataires ont subi l'entretien en raison de trois(03) par CSCOM pour leur opinion.

3.6. Critères de conclusion

Ont été retenues dans notre étude :

- Les gestantes rencontrées pendant la période de la collecte ayant effectué au moins une séance de consultation prénatale dans un des CSCOM de la commune III et ayant accepté les conditions de l'entretien ;
- Les prestataires impliqués dans l'offre de la CPN et faisant parti de l'effectif du personnel dans les CSCOM de la commune III ;
- Les différents équipements et les supports officiels de la commune III mis en notre disposition.

3.7. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude les gestantes et les prestataires ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire, ainsi que les gestantes venues pour une prestation autre que la CPN.

3.8. Critères de jugement

Nous nous sommes référés aux critères de la politique des normes et procédures en CPN au Mali en 2006.

3.9. Recueil et analyse de donnée

Les données ont été saisies et analysées par les logiciels SPSS 19.0. Le traitement de texte a été effectué sur Microsoft Word 2007.

3.10. Les variables étudiées

3.10.1 Types de variables

L'étude a porté sur :

- ✓ Variable dépendante

La qualité des Consultations Périnatales.

- ✓ Variables explicatives

- variables en rapport avec le dispositif d'offre de chaque CSCOM
 - infrastructures (salle de CPN ; salle d'attente ; salle de vaccination ; laboratoire fonctionnelle ; pharmacie ; toilettes.) ;
 - équipement et matériels techniques pour la CPN (Sièges ; paravent ; Table gynécologique ; Boîte à instruments 1 ; Sonde urétrale 1 ; Thermomètre 15 ; Jeu de spéculum GM, MM, PM 18 ; Tensiomètre 2 ; Stéthoscope biauriculaire 2 ; Stéthoscope obstétrical 1 ; Haricot inox 3 ; Trousse d'analyse d'urine 1 ; Lampes baladeuses ou

- torche 2 ;Détecteur de BCF à effet Doppler 1 ;Pèse-personne ;Mètre ruban 2 ;Toise ;point d'eau courante) ;
- supports de surveillance (Registres de consultation ; Cahier de surveillance ; Carte de vaccination ; Registre d'évacuation ; Carnets de grossesse ; Fiche de référence ; Fiche de suivi de grossesse.) ;
 - Consommables (Gants stériles ; Gants d'examen 2 boîtes ; Gants de ménage ; Boite à tranchant.) ;
 - Matériels de vaccination (Table pliante 2 ; Chaise pliante 4 ;Porte vaccin 2 ; Accumulateur de froid 10 ;Plateau 2; Seringue ;Aiguilles 18 G, 22/26 G 100 ;Pince 2 ;Stérilisateur de vapeur 2 ;Réfrigérateur à pétrole/électrique ; 1Réchaud ; Thermomètre (pour chaîne de froid).
 - Variables en rapport avec l'observation de la CPN:
 - Qualification du prestataire ;
 - Accueil (Saluer chaleureusement la femme ; Souhaiter la bienvenue ; Offrir un siège ; se présenter a la femme) ;
 - L'anamnèse (Recueillir les informations sur l'identité de la femme ; Rechercher les antécédents médicaux; Rechercher les antécédents obstétricaux ; Rechercher les antécédents chirurgicaux ; Demander l'histoire de la grossesse actuelle ; Rechercher et enregistrer les facteurs de risque) ;
 - L'examen physique(observer l'état général ;peser la femme ;mesurer la taille ;prendre la tension artérielle ;palper la glande thyroïde ;auscultation cardio - pulmonaire ;examen des seins ;examen de l'abdomen ;apprendre a la gestante l'autopalpation des seins ;rechercher les pôles fœtaux ;mesure de la HU ;rechercher les BDCF ;examen au spéculum ;toucher vaginal ;examen du bassin ;explication des résultats de l'examen ;lavage des mains avant l'examen ;lavage des mains après examen ;asepsie de la vulve avant l'examen gynécologique ;nettoyage de la vulve après examen) ;
 - Les examens complémentaires (Gs-Rh; Test d'Emmel; Taux d'Hb ; BW ; albumine/sucre dans les urines ; test VIH après counseling ; Autres examens aux besoins ; échographie obstétricale.) ;
 - La prescription des traitements préventif (VAT ;SP ;FAF ;MIILD) ;
 - Les conseils sur la promotion de la santé (IEC hygiène alimentaire ; IEC/hygiène de vie ; IEC/VIH si nécessaire) ;

- La préparation de l'accouchement (identifier un prestataire ; Identifier le lieu de l'accouchement ; Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ; Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger ; Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats) ;
- variables en rapport avec la satisfaction des gestantes
 - accueil (durée de l'attente ; l'installation ; ordre de passage ; respect ; la confidentialité de la consultation) ;
 - prise en charge (respect de l'intimité ; satisfaction des soins ;
 - accessibilité financière (cout de la CPN ; rackettage) ;
 - agréments ;
 - fidélité a la structure.
- variables en rapport avec la satisfaction des prestataires
 - Cadre du travail confortable ; bonne relation au sein de l'équipe du travail ;
 - Implication dans les prises de décision ; satisfaction du matériel utilisé ;
 - Formation en CPNR ; satisfaction de la qualité des soins ;
 - Satisfaction du temps du travail, satisfaction du temps du travail, motivation.

3.10.2. Aspect opérationnel des variables

a. Variable dépendante :

La qualité de l'offre de la CPN des CSCOM de la commune III est appréciée à partir de la moyenne des scores de l'ensemble des CSCOM.

Elle est jugée :

- **Très bonne** : lorsque le score moyen dans les CSCOM est de 100% et classée **A** ;
- **Bonne** : lorsque le score moyen obtenu dans les CSCOM est compris entre [75-100%] et classée **B** ;
- **Passable**: lorsque le score moyen obtenu dans les CSCOM est compris entre [50-75%] et classée **C** ;
- **Insuffisante**: si le score moyen obtenu est inférieur a 50% et classée **D**.

b. Variables explicatives

- Dispositif d'offre de la CPN

Critères	Modalités	Classe
Infrastructures Equipement et matériels techniques Supports de surveillance Consommables Matériel de vaccination	Taux moyen de disponibilité des éléments du dispositif - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D

- Offre de la CPN

Critères	Modalités	Classe
Accueil= Saluer chaleureusement la femme ; Souhaiter la bienvenue ; Offrir un siège ; se présenter à la femme.	% d'étapes conformes de l'accueil si : - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D
Interrogatoire=Recueillir les informations sur l'identité de la femme; Rechercher les antécédents médicaux; Rechercher les antécédents obstétricaux;Rechercher les antécédents chirurgicaux ; Demander l'histoire de la grossesse actuelle ; Rechercher et enregistrer les facteurs de risque	% d'étapes conformes a l'interrogatoire si - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D
Examens complémentaires= Gs-Rh; Test d'Emmel ; Taux d'Hb ; BW ; albumine/sucre dans les urines ; test VIH après counseling ; Autres examens aux besoins ; échographie obstétricale.	% d'étapes conformes si : - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D

Traitement préventif = VAT ;SP ;FAF ;MILD	% d'étapes conformes si : - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D
Conseils= IEC hygiène alimentaire ; IEC/hygiène de vie ; IEC/VIH si nécessaire	% d'étapes conformes si : - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D
Préparation de l'accouchement= identifier un prestataire ; Identifier le lieu de l'accouchement ; Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ; Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger ; Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats	% d'étapes conformes si : - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D

- **Satisfaction des gestantes :**

Critères	Modalités	classe
durée de l'attente ; l'installation ; ordre de passage ; respect ; la confidentialité de la consultation. respect de l'intimité ; satisfaction des soins cout de la CPN ; agréments	Proportion de gestante satisfaites selon les critères si: - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50%	A B C D

- Satisfaction des prestataires

Critères	Modalités	Classe
<p>Cadre du travail confortable ; bonne relation au sein de l'équipe du travail.</p> <p>Implication dans les prises de décision ; satisfaction du matériel utilisé ;</p> <p>Formation en CPNR ; satisfaction de la qualité des soins.</p> <p>Satisfaction du temps du travail ; satisfaction du temps du travail ; motivation reçue</p>	<p>Proportion des prestataires satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50% 	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>

- Couverture de la CPN

Composantes	Modalités	classes
Couverture en CPN	<p>Niveau de réalisation des objectifs nationaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% - [75-100% [- [50-75% [- <50% 	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p>

3.11. Outils de collecte de données

Les différents outils de collecte de données ont été :

- La grille d'observation individuelle pour l'offre de la CPN ;
- Un guide d'entretien individuel pour la satisfaction des gestantes ;
- Un guide d'entretien individuel pour la satisfaction des prestataires de la CPN.

- La grille d'observation pour l'étude du dispositif d'offre de chaque structure sanitaire. Ces outils ont été préalablement pré testés.

3.12. Technique de collecte des données

Les techniques utilisées ont été :

- L'entretien individuel ;
- L'observation ;
- L'exploitation documentaire.

3.13. Considérations éthiques

Certains aspects de notre étude ont touché l'intimité des gestantes enquêtées, notamment lors de l'interrogatoire et de l'examen physique. Les prestataires, les gestantes ont été rassurées de la confidentialité et de l'anonymat des informations qui seront recueillies.

Les sages-femmes ont expliqué aux gestantes notre présence dans la salle de consultation en indiquant notre statut d'étudiant en médecine et le but de l'enquête. Un consentement éclairé a été obtenu chez les enquêtées avant le démarrage des entretiens. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Elles ne courraient aucun risque moral, psychologique ni sanitaire en refusant d'y participer.

IV. RESULTATS

4.1. Présentations des échantillons

Notre étude a été menée dans les huit CSCOM de la commune III présenté comme suit [31] :

		CSCOM							
		Asacobako n	Asacodra	Asacodar	Ascom	Asacokoul point	Ascoob	Asacodes	Asacotom
Population	Totale	24.862	8.979	10.322	37.488	24.223	13.408	16.635	13.250
	FE	1.234	449	516	1.874	1.211	670	832	662
Agents	Médecin	2	2	2	2	2	2	2	2
	TSS/SF	5	5	5	5	5	5	5	5
	IO	0	0	1	0	0	0	1	1
	Matrone	0	2	0	2	1	0	1	3
	TSS/SP	2	1	1	1	0	1	2	1
Offre de soins	PMA	complet	complet	Complet	complet	complet	complet	Complet	Complet
Infrastructures	Dispensaire	+	+	+	+	+	+	+	+
	Maternité	+	+	+	+	+	+	+	+
	DV	+	+	+	+	+	+	+	+

FE= Femme enceinte

TSS=Technicien supérieur en santé

SF= Sage femme

IO= Infirmière obstétricienne

DV=Dispositif de vente

4.1.1. Présentation des prestataires :

Les 24 prestataires interrogés sur leur satisfaction au niveau des huit CSCOM étaient :

Qualification :

- 3 infirmières obstétriciennes ;
- 5 matrones ;
- 16 sages femmes.

Statut professionnel :

- 6 fonctionnaires ;
- 4 stagiaires ;
- 14 contractuels.

La durée moyenne de l'ancienneté au poste était de 38mois.

4.1.2 Données sociodémographiques des gestantes

Les caractères sociodémographiques des gestantes sont décrits dans les tableaux et figures ci-dessous.

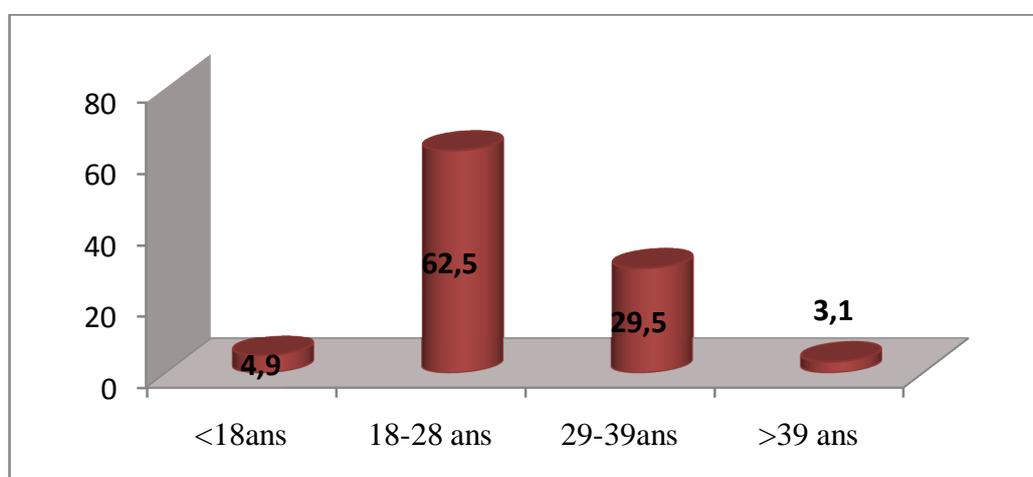


Figure 1 : Répartition des gestantes selon l'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21-35ans avec 52,5%

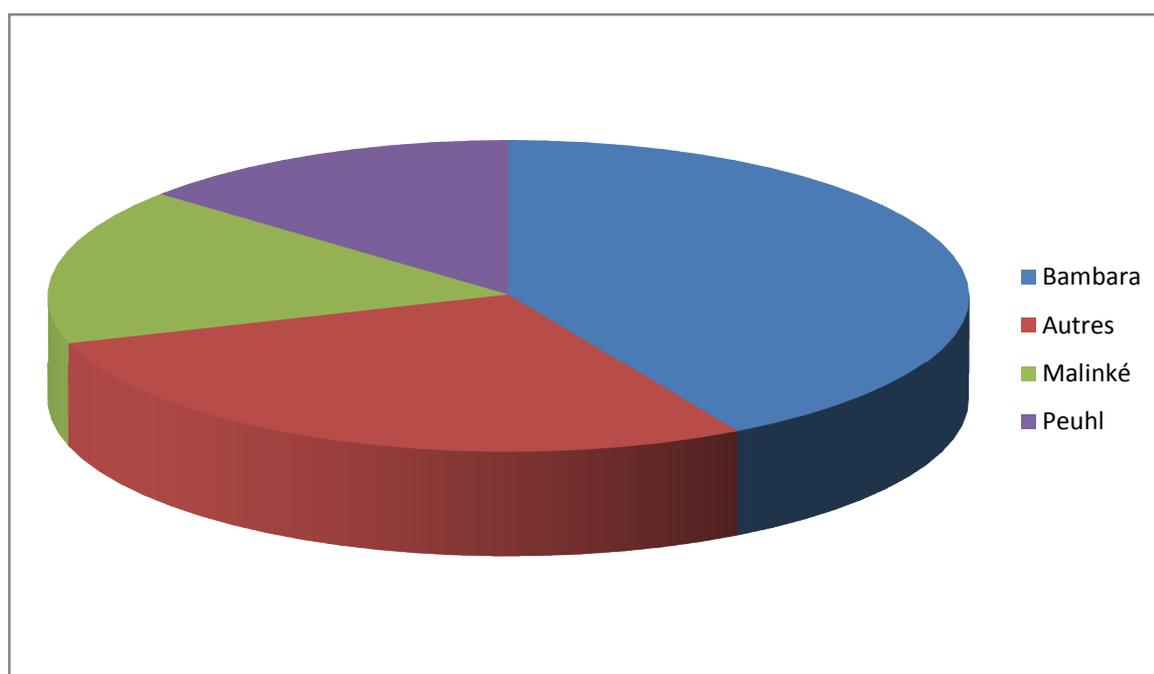


Figure 2 : Répartition des gestantes selon l'ethnie.

L'ethnie **bambara** était la plus représentée avec 41,9%.

Les autres ethnies rencontrées (28,2%) comprennent : Sonrhäï ; dogon ; bobo ; ouolof.

Tableau II : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

Etat matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Mariée	145	90,6
Célibataire	15	9,4
Divorcée	00	00
Veuve	00	00
Total	160	100,0

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 90,63%.

Tableau III : Répartition des gestantes selon la profession principale.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagères	93	58,1
Vendeuses	26	16,3
Aide ménagère	15	9,4
Fonctionnaires	9	5,6
Commerçantes	10	6,3
Autres	7	4,4
Total	160	100,0

Les ménagères ont été les plus représentées avec 58,1%.

Le groupe autres comprend : les coiffeuses ; les teinturières.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le niveau scolaire.

Niveau scolaire	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	62	38,8
Primaire	46	28,8
Secondaire	41	25,6
Supérieur	4	2,5
Coran	7	4,4
Total	160	100,0

Les non scolarisés étaient les plus majoritaires avec 38 ,8%.

4.2. Qualité de la CPN

4.2.1. Données sur le dispositif d'offre des CSCOM

Tableau V : Répartition des critères du dispositif d'offre par CSCOM

Critères du dispositif d'offre	Taux de dispositif d'offre disponible(%) = (nombre de dispositif existant sur le total requis selon les normes) x100								moyenne
	Asacobako	Asacodrab	Asacodar	Ascom	Asacokoul point	ascoob	Asacodes	Asacotom	
Infrastructures	83	83	66	83	100	83	100	100	87,2
Equipement et matériels technique	61	53	50	61	61	53	61	61	57,6
Matériels de vaccination	83	83	75	83	75	83	75	83	80
Support de surveillance	100	100	100	100	100	100	100	100	100
consommables	50	50	50	50	75	75	50	75	75
Moyenne	75,4	73,8	68,2	75,4	82,2	78,8	77,2	83 ,8	76,8

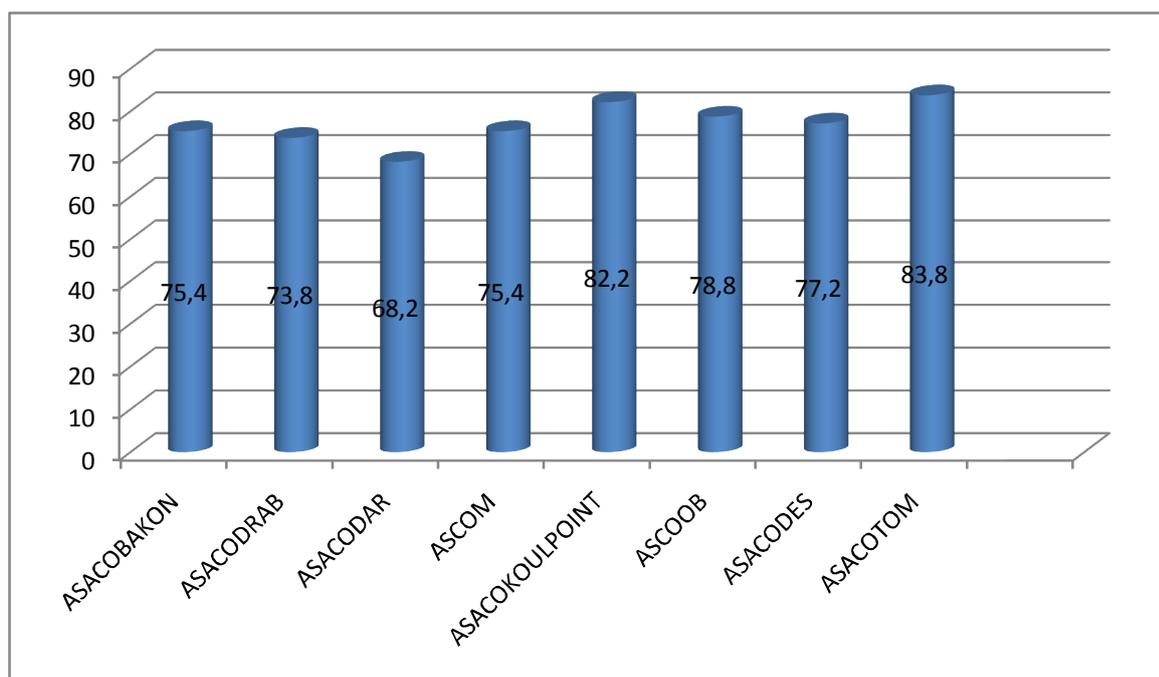


Figure 3 : Répartition du dispositif d'offre par CSCOM.

Le CSCOM de N'omikorobougou et de Koulouba POINT G sont les CSCOM qui disposent le plus du dispositif d'offre en CPN.

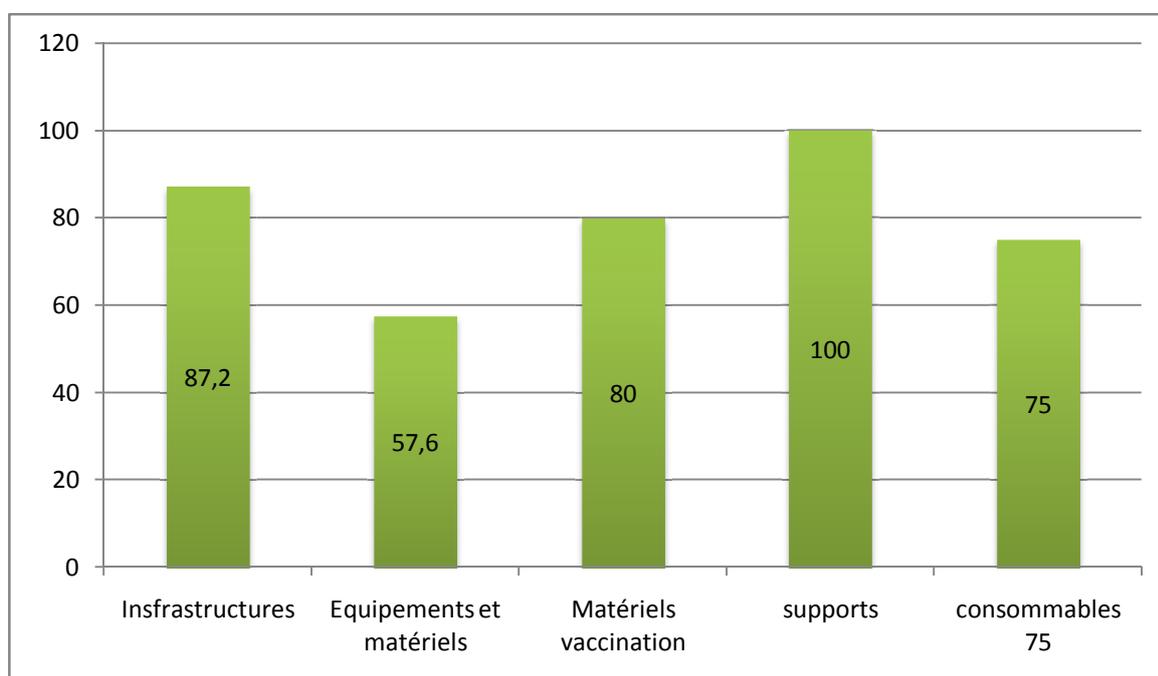


Figure 4 : Répartition des critères du dispositif d'offre

Avec 57,6% et 75% l'équipement et les consommables ont été le dispositif le moins disponible lors des CPN.

Aux regards des résultats obtenus, nous pouvons classer les CSCOM comme suit :

CSCOM	Score obtenu (%)	Classe
ASACOBAKON	75,4	B
ASACODRAB	73,8	C
ASACODAR	68,2	C
ASCOM	75,4	B
ASACOKOULPOINT	82,2	B
ASCOOB	78,8	B
ASACODES	77,2	B
ASACOTOM	83,8	B
Moyenne	76,8	B

4.2.2 Données sur l'offre de la CPN

L'offre de la CPN a été appréciée à partir de :

- 40 observations en raison de cinq par CSCOM,
- L'exploitation des rapports trimestriels d'activités

Les résultats suivants ont été enregistrés :

4.2.2.1 Qualification des prestataires de CPN

Tableau VI : Répartition des prestataires selon leur qualification.

Qualification	Effectifs	Pourcentage
Sage femme	28	70.0
Infirmière obstétricienne	4	10.0
Matrone	8	20.0
Total	40	100.0

La majorité des consultations sont faites par les sages femmes à 70%.

4.2.1.1. Niveau moyen de conformité des différents critères de la CPN

a. Accueil

Tableau VII : Taux de satisfaction des critères de l'accueil

Critères d'appréciation de l'accueil	Nombre d'observations satisfaisantes	Pourcentage d'observations satisfaites
Saluer chaleureusement la femme	40	100,0
Souhaiter la bienvenue	40	100,0
Offrir un siège	40	100,0
Se présenter à la femme	40	100,0
Demander son nom	40	100,0
Assurer la confidentialité	40	100,0

Les gestantes étaient bien accueillies dans tous les cas selon nos critères.

b. Interrogatoire

Tableau VIII : Répartition de l'observation des gestantes selon les informations recueillies à l'anamnèse.

Informations recueillies	Nombre d'observations	Pourcentage d'observations
	satisfaisantes	satisfaites
Informations sur l'identité de la femme	40	100,0
Antécédents médicaux	40	100,0
Antécédents obstétricaux	40	100,0
Antécédents chirurgicaux	40	100,0
Histoire de la grossesse actuelle	40	100,0
Enregistrer les facteurs de risque	40	100,0

c. Examen physique

Tableau IX : Répartition de l'observation des gestantes selon le déroulement de l'examen physique.

Déroulement de l'examen	Nombre d'observations	Pourcentage d'observations
	satisfaisantes	satisfaites
Observer l'état général	40	100,0
Peser la femme	35	87,5
Mesurer la taille	40	100,0
Prendre la tension artérielle	40	100,0
Palper la glande thyroïde	20	50,0
Auscultation cardio-pulmonaire	00	0,00
Examen des seins	26	65,0
Examen de l'abdomen	39	97,5
Apprendre à la gestante l'autopalpation des seins	6	15

Rechercher les pôles fô taux	36	90,0
Mesure de la hauteur utérine	36	90,0
Rechercher les BDCF	36	90,0
Examen au spéculum	9	22,5
Toucher vaginal	35	87,5
Examen du bassin	5	12,5
Explication des résultats de l'examen à la gestante	35	87,5
Lavage des mains avant l'examen	21	52,5
Lavage des mains après l'examen	17	42,5
Asepsie de la vulve avant l'examen gynécologique	1	2,5
Nettoyage de la vulve après l'examen	5	12,5

L'examen des seins étaient effectués dans 65% des cas mais cet examen n'était pas complet notamment l'inspection des seins debout et assis ainsi que la palpation du creux axillaire n'était pas respecté par tous les prestataires.

L'auscultation cardio-pulmonaire n'a été effectuée chez aucune de nos gestantes.

d. examens complémentaires

Tableau X: Répartition de l'observation des gestantes selon les examens complémentaires.

Examens complémentaires	Nombre	Pourcentage
	d'observations satisfaisantes	d'observations satisfaites
Gs-Rh	40	100,0
Test d'Emmel	35	87,5
Taux d'Hb	40	100,0
BW	40	100,0
albumine/sucre dans les urines	40	100,0
Test VIH après counseling	32	80,0
Autres examens aux besoins.	40	100,0
Echographie obstétricale	23	57,5

Les examens complémentaires de routine n'étaient pas systématiquement demandés. C'est le cas du test d'Emmel (87,5%), du test de VIH (80%) et de l'échographie obstétricale (57,5%).

e. Traitements préventifs

Tableau XI : Répartition des observations selon la prescription des traitements préventifs.

Prescription des traitements préventifs	Nombre d'observations satisfaisantes	Pourcentage d'observations satisfaites
VAT	35	87,5
SP	40	100,0
FAF	40	100,0
MIILD	40	100,0

Le vaccin antitétanique était fait dans 87,5%

f. Conseils reçus

Tableau XII : Répartition de l'observation des gestantes selon les conseils reçus

Conseils reçus	Nombre d'observations satisfaisantes	Pourcentage d'observations satisfaites
IEC/hygiène alimentaire	10	25,0
IEC/hygiène de vie	30	75,0
IEC/VIH si nécessaire	35	87,5

Dans aucun des huit CSCOM visités il n'a été organisé l'IEC de groupe sur les thèmes de la CPN.

g. Préparation de l'accouchement

Tableau XIII : Répartition de l'observation des gestantes selon la préparation de l'accouchement.

Conseil pour la préparation de l'accouchement	Nombre d'observations satisfaisantes	Pourcentage d'observations satisfaites
Identifier un prestataire	32	80
Identifier le lieu de l'accouchement	20	50
Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger	35	87,5

4.2.1.2. Niveau moyen de conformité des différents critères de la CPN par CSCOM
Tableau XIV : Répartition des critères de l'offre de la CPN par CSCOM.

Critères d'appréciation de l'offre de la CPN N=5	Taux de conformité des étapes de l'offre de la CPN (%) = (nombre d'observations avec étapes conformes sur 5) x 100								
	Asacobakon	Asacodrav	Asacodar	Ascom	Asacokoulpoint	Ascoob	Asacodes	Asacotom	Moyenne
accueil,	100	100	100	100	100	100	100	100	100
interrogatoire;	100	80	100	100	100	100	100	100	98
l'examen physique,	0	0	0	0	0	0	0	0	0
examens complémentaires,	100	100	100	60	100	80	40	100	85
la prescription des soins préventifs et ou curatifs,	100	80	60	80	100	100	40	100	83
Conseils reçus sur les IEC	60	40	80	20	60	80	0	80	53
la préparation d'un plan pour l'accouchement,	0	0	40	60	80	40	40	80	43
le prochain rendez vous et accompagné la gestante	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Moyenne	70	62,5	72,5	65	80	77,5	52,5	82,5	70,2

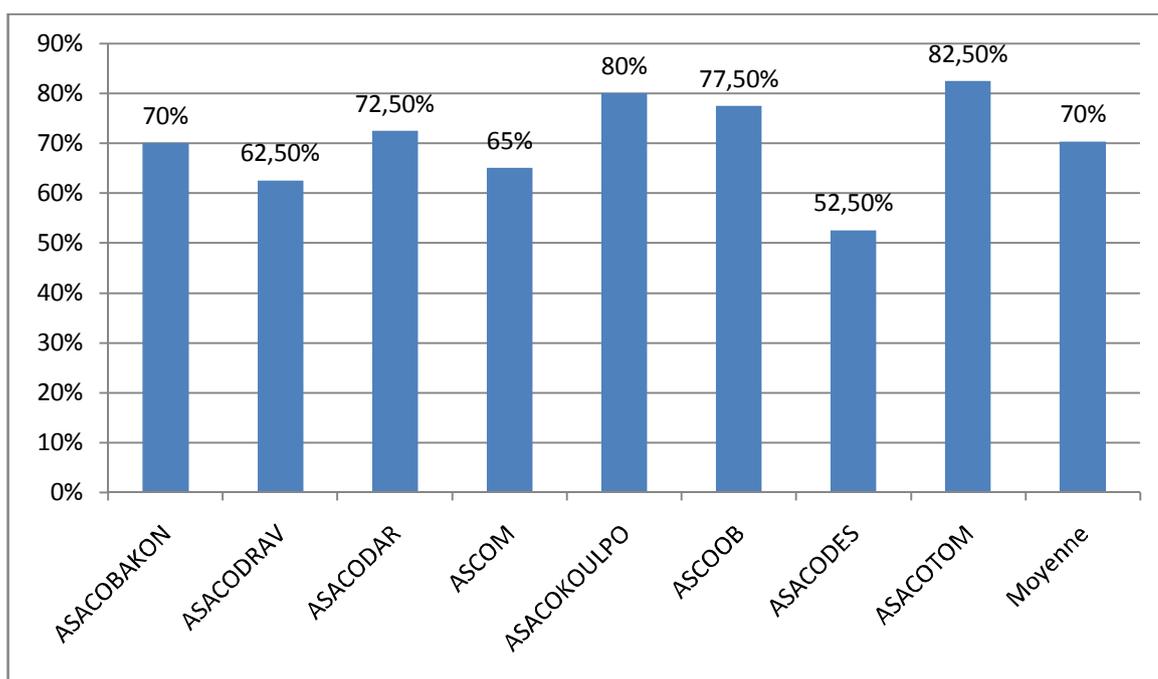


Figure 5 : Répartition de l'offre de la CPN par CSCOM

Le CSCOM de Natomikorobougou avec 82,50% a été le CSCOM le plus conforme au niveau de la réalisation des gestes techniques lors de l'observation de la CPN.

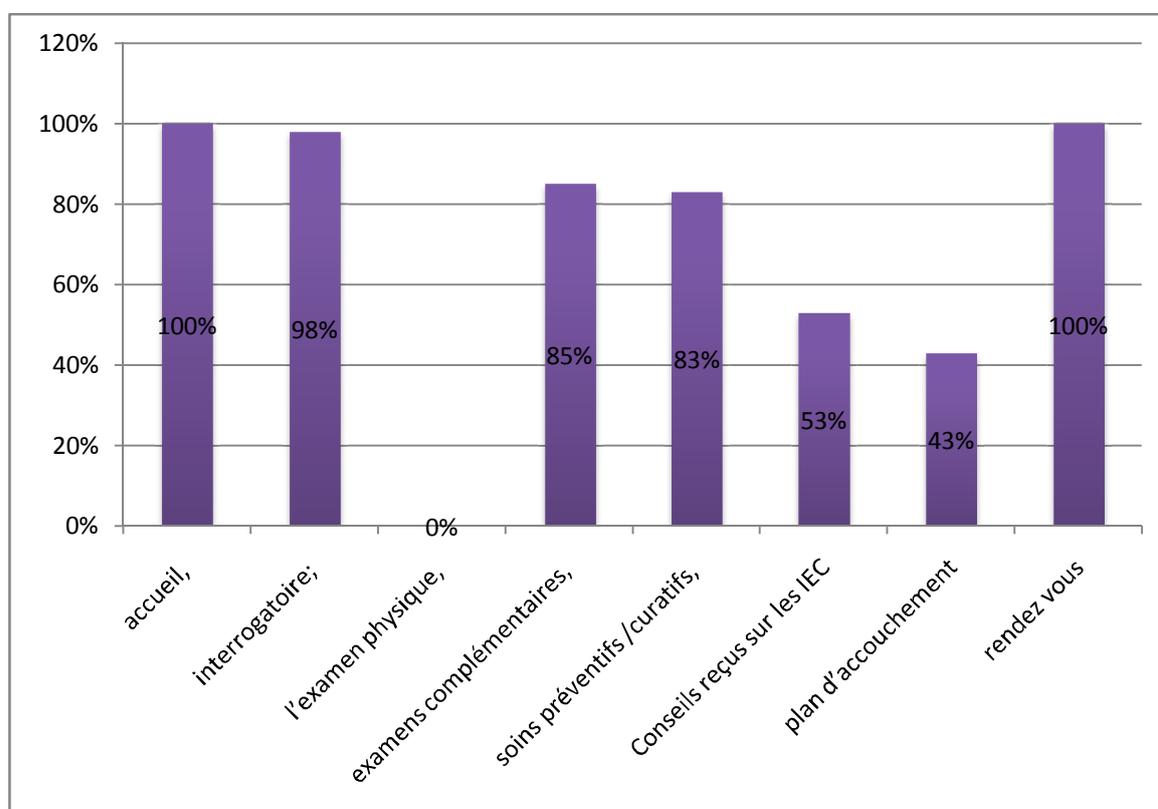


Figure 6 : Représentation générale des critères de l'offre de la CPN par CSCOM

Avec respectivement 100% ; 100% et 98%, l'accueil, l'interrogatoire et la prescription du prochain rendez-vous aux gestantes ont été les gestes techniques les plus conformes. Par contre l'examen physique avec 0% n'avait jamais été conforme.

Aux regards des résultats obtenus, nous pouvons classer les CSCOM comme suit :

CSCOM	Score obtenu (%)	Classe
ASACOBAKON	70	B
ASACODRAB	62,5	C
ASACODAR	72,5	C
ASCOM	65	C
ASACOKOULPOINT	80	B
ASCOOB	77,5	B
ASACODES	52,5	C
ASACOTOM	82,5	B
Moyenne	70	C

4.2.2. Données concernant la satisfaction des gestantes

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la perception des gestantes par rapport à l'offre des soins reçus.

Tableau XV : Répartition de la satisfaction des gestantes par CSCOM

Critères de satisfaction des gestantes N=160	Proportion de gestantes satisfaites par CSCOM (%) = (nombre de gestantes satisfaites/nombre total interrogé)X100								
	Asacoba kon	Asacodr av	Asacoda r	Ascom	AsacoKo uLLPoint	Ascoob	Asacode s	Asacoto m	Moyenn e
Durée de l'attente	66	60	70	43	60	100	60	80	67
Installation confortable	83	70	30	88	50	70	40	70	63
Respect de l'ordre du passage	93	80	100	93	93	100	70	100	91
Respect des gestantes	100	100	100	98	100	100	70	100	96
Respect de la confidentialité de l'examen	100	90	100	87	84	100	80	100	93
Respect de l'intimité	100	100	100	95	100	100	90	80	96
Etat des locaux neuf et propre	60	40	00	45	17	20	30	30	30
Qualité des soins	97	80	80	90	90	80	40	100	82
Cout de la CPN	67	70	90	75	70	60	40	80	69
Paiement sans reçu	100	50	100	95	90	80	70	100	86
Moyenne (%)	87	74	77	81	70	81	57	84	

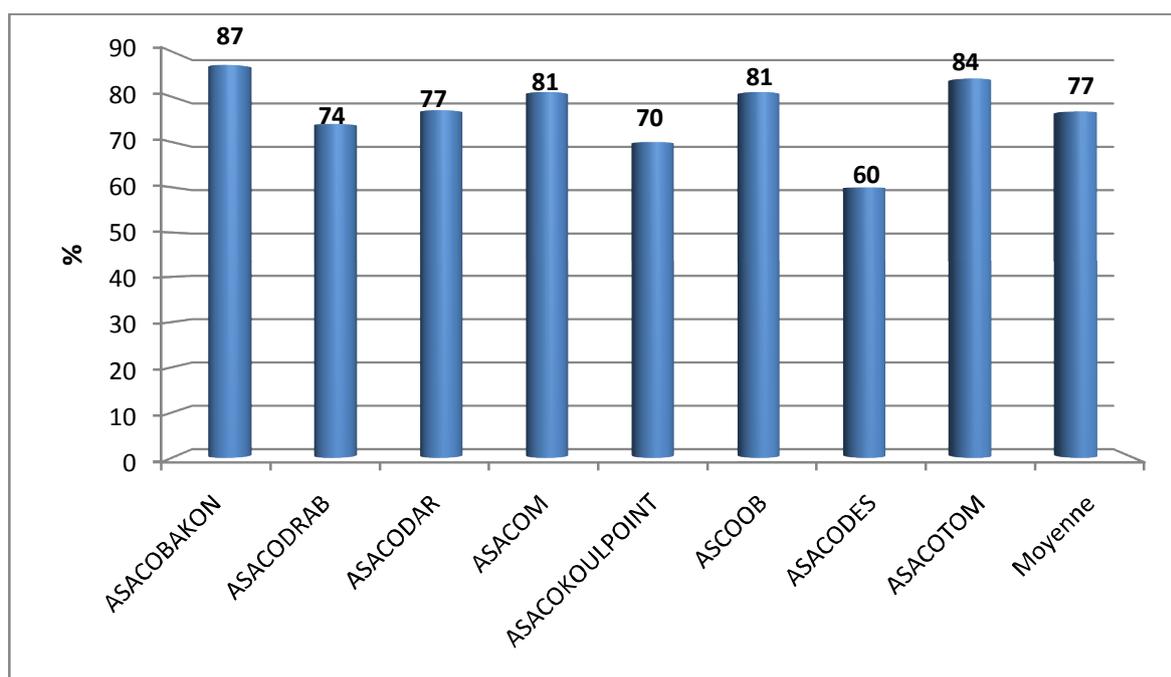


Figure 7: Représentation des CSCOM par niveau de satisfaction des gestantes.

Avec un taux moyen de satisfaction de 77%, le CSCOM de Badialan a enregistré le taux le plus élevé de gestantes satisfaites (87%). Le CSCOM de Samé a enregistré le plus faible taux de satisfaction (60%).

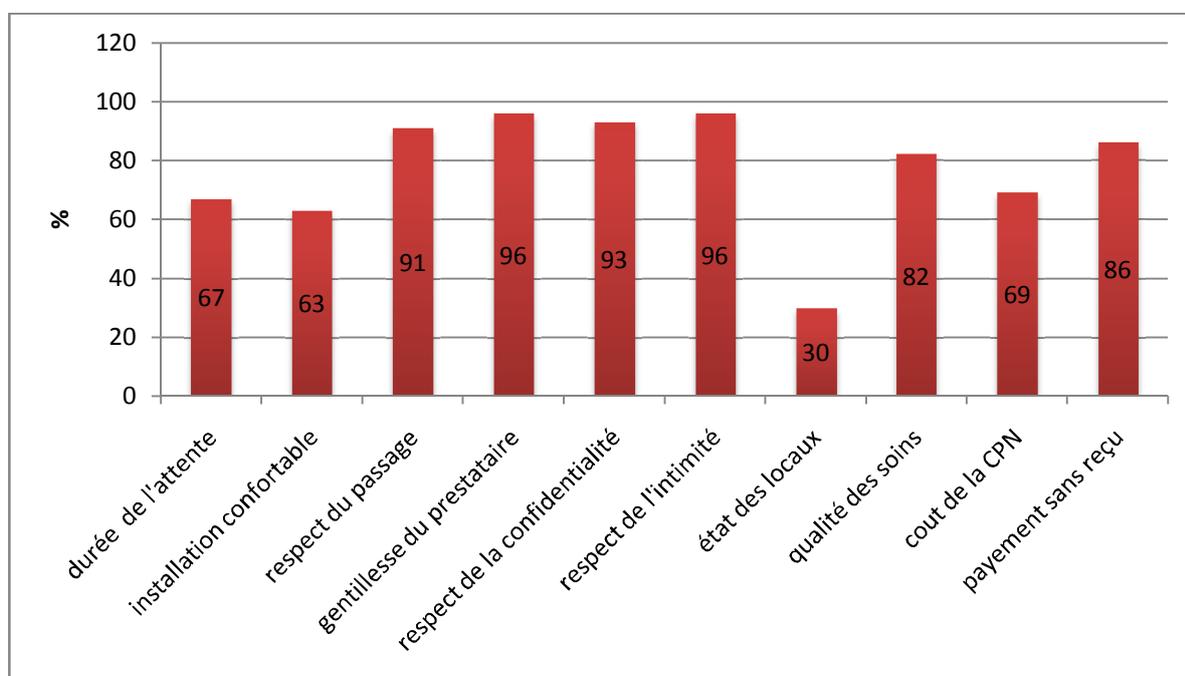


Figure 8: Représentation générale des critères de satisfaction des gestantes.

Avec respectivement 96%,93% ; 91% , les critères respect des gestantes, respect de l'intimité, respect de la confidentialité, et le respect de l'ordre de passage ont été les principaux motifs de satisfaction des gestantes.

Aux regards des résultats obtenus, nous pouvons classer les CSCOM comme suit :

CSCOM	Score obtenu (%)	Classe
ASACOBAKON	87	B
ASACODRAB	74	B
ASACODAR	77	B
ASCOM	81	B
ASACOKOULPOINT	70	C
ASCOOB	81	B
ASACODES	57	C
ASACOTOM	84	B
Moyenne	77	B

4.2.3. Données sur la satisfaction des prestataires

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la satisfaction des prestataires par rapport à la qualité des soins offerts aux bénéficiaires de la CPN.

Tableau XVI : Répartition de la satisfaction des prestataires par CSCOM.

Critères de satisfaction des prestataires N=3	Proportion de prestataires satisfaits par CSCOM (%) = (nombre de prestataires satisfaits/nombre total interrogé)X100								
	Asacoba kon	Asacodr av	Asacoda r	Ascom	Asacok oulpoint	Ascoob	Asacode s	Asacoto m	Moyenn e
Cadre du travail confortable	100	33	0	100	33	100	66	66	62,5
Bonne relation au sein de l'équipe	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implication dans les prises de décision	33	66	66	33	33	66	33	33	45,4
Satisfaction du matériel utilisé	66	33	0	33	0	0	33	33	24,7
Formation reçue en CPNR	66	33	33	100	0	66	33	66	49,7
Satisfaction de la qualité des soins	100	66	33	100	100	66	66	66	74,7
Satisfaction du temps de travail	100	33	100	100	33	100	100	100	83,2
Motivation reçue	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne (%)	71	46	42	71	36	63	54	58	55,1

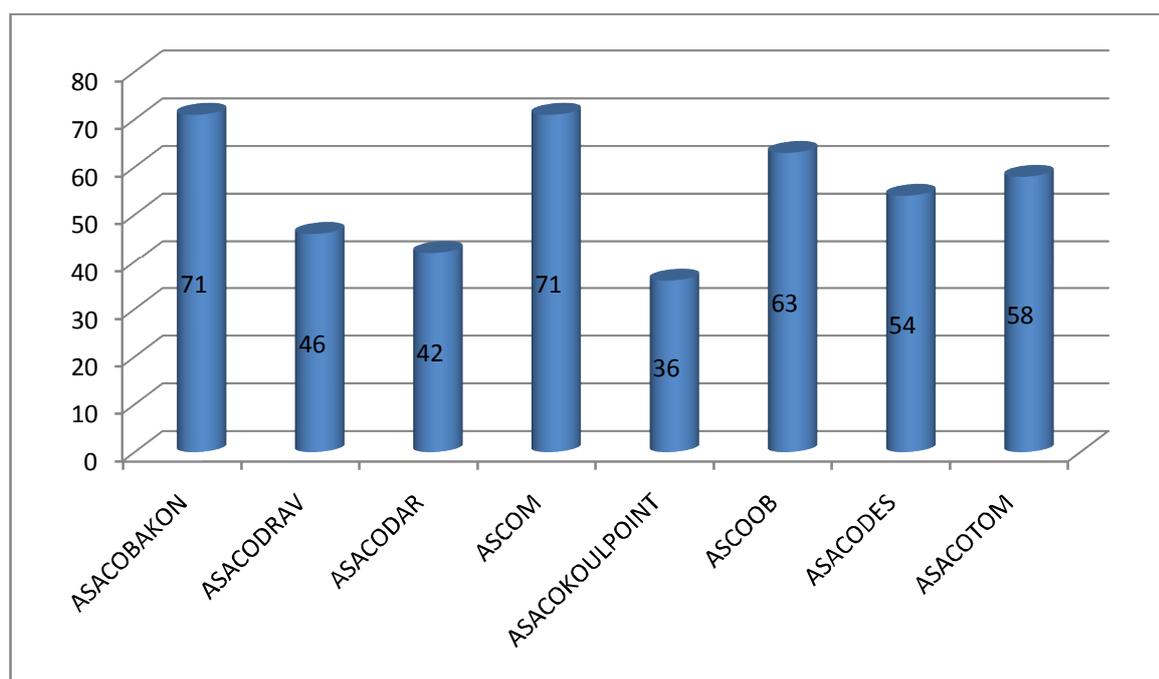


Figure 9 : Répartition de la satisfaction des prestataires par CSCOM.

Le CSCOM de Bamako coura et de Badialan ont eu la proportion de prestataires le plus satisfait sur la qualité des soins avec chacun 71%.

Aux regards des résultats obtenus, nous pouvons classer les CSCOM comme suit :

CSCOM	Score obtenu (%)	Classe
ASACOBAKON	71	B
ASACODRAB	46	D
ASACODAR	42	D
ASCOM	71	C
ASACOKOULPOINT	36	D
ASCOOB	63	C
ASACODES	54	C
ASACOTOM	58	C
Moyenne	55,1	C

4.2.4. Données sur la couverture de la CPN

CSCOM	Taux de réalisation des objectifs nationaux en couverture de CPN (%) = (taux de couverture réalisée sur 60%) x 100		classe
	Le taux de CPN effective en 2013 (%)	Taux de réalisation de l'objectif (%)	
ASACOBAKON	24	40%	D
ASACODRAV	42	70%	C
ASACODAR	3	5%	D
ASCOM	16	27%	D
ASACOKOULPO	36	60%	C
ASCOOB	8	13%	D
ASACODES	58	97%	B
ASACOTOM	13	22%	D
Moyenne	25	42%	D

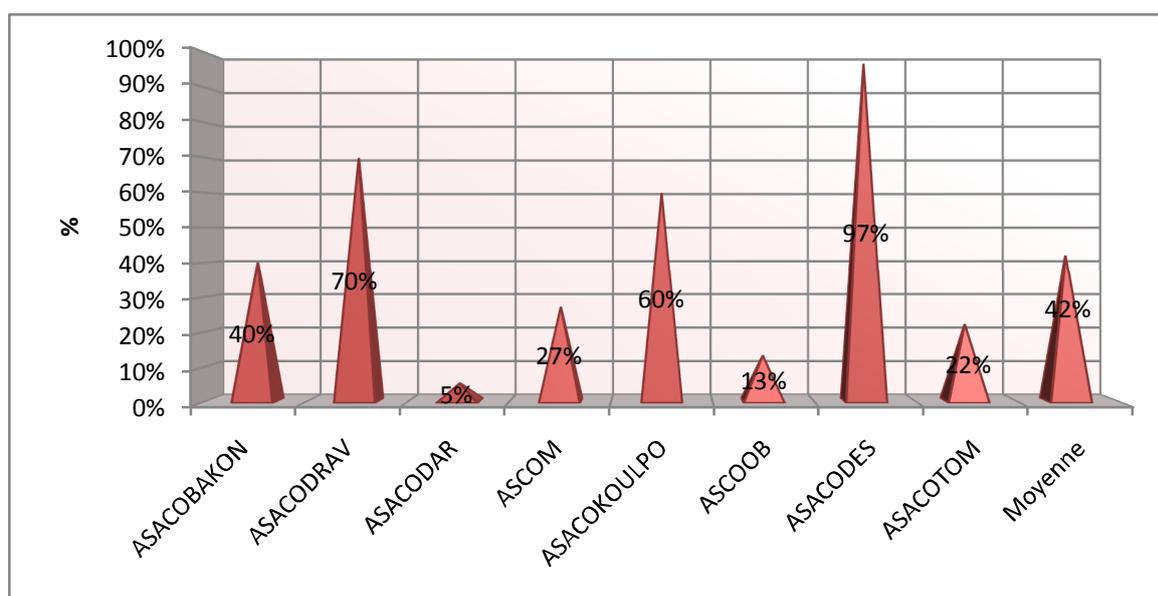


Figure 10 : Représentation de la réalisation des objectifs en couverture CPN dans les CSCOM

Le CSCOM de Samé avec 97% est le CSCOM le plus proche de l'objectif national en couverture CPN.

4.2.5. Données sur la qualité de la CPN dans les CSCOM

Tableau XVII : Tableau de synthèse

Les paramètres de la qualité de la CPN évalués	Niveau d'adéquation des paramètres de la qualité de la CPN par CSCOM								Moyenne
	Asacobakon	Asacodrav	Asacodar	Ascom	Asacokoulpoint	Ascoob	Asacodes	Asacotom	
Les ressources matérielles	75,4	73,8	68,2	75,4	82,2	78,8	77,2	83,8	76,8
L'offre de la CPN	70	62,5	72,5	65	80	77,5	52,5	82,5	70,31
Taux de réalisation des objectifs de couverture en CPN	40	70	5	27	60	13	97	22	42
Satisfaction des prestataires	71	46	42	71	36	63	54	58	55,12
Satisfaction des gestantes	87	74	77	81	70	81	60	84	76,75
Moyenne (%)	68,8	65,3	53	63,3	65,7	62,7	68,1	66,1	64,2

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5.1. Approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude transversale. Ce type d'étude permet de faire le point d'une question donnée dans un milieu donné, pendant une période donnée en tenant compte des réalités du terrain. Notre étude s'est déroulée dans les huit CSCOM de la commune III du district de Bamako d'avril 2013 à mars 2014 sur la qualité des consultations prénatales.

L'enquête a porté sur 160 gestantes ayant fréquenté les services de CPN pendant cette période.

Elle nous a permis :

- de recueillir l'opinion des gestantes et des prestataires sur la qualité des gestes liés à la consultation prénatale ;
- d'apprécier le niveau de qualité des différents CSCOM de la structure ;
- de situer sur une échelle de qualité l'offre de la consultation prénatale ;

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali sur plusieurs CSCOM : ASACOBABA, ASACOBABON, ADASCO et MIPROMA respectivement en commune I, III, V et VI ; ainsi que dans les centres de santé de référence des communes I, II, IV et V du district de Bamako et de Bougouni.

5.2. Limites et difficultés rencontrées

Au cours de notre étude, nous nous sommes heurtés à des problèmes liés aux insuffisances des normes et procédures qui par exemple ne donnent pas l'effectif requis des prestataires de CPN qui devraient être présent dans un CSCOM et aussi l'écart de qualité qui existe entre ces différents prestataires. Malgré ces limites, notre étude nous a permis d'évaluer la qualité de la CPN en commune III du district de Bamako.

5.3. Discussion des principaux résultats

5.3.1. Qualité des structures

Selon le score obtenu par les différents critères du dispositif d'offre, les CSCOM de la commune III sont classés B , c'est-à-dire que les références évaluées sont de bonne qualité . Les insuffisances sont entre autres l'inexistante de pancartes d'orientation dans les centres; le

manque de moyens matériels adéquates et d'équipement (insuffisance de spéculums, de gants, de salles de vaccination, le mauvais état des pèses personnes, des tensiomètres).

5.3.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge de 18 à 28 ans a été la plus représentée avec un taux de 52,5%. L'âge moyen a été de 23,64 ans avec des âges extrêmes allant de 14 et 39 ans. Les 4,9% de l'échantillon avaient un âge inférieur à 18 ans ; et 3,1% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Chez GOITA. N [32] 12,5% des gestantes ont moins de 18 ans et 5,5% ont un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale pour les enfants qui en sont issus [33].

Cependant la majorité de nos gestantes étaient non scolarisées ou de niveau primaire soient respectivement 38,8%; 28,8%. Le taux de non scolarisées est inférieur à celui de Goita. N [32] qui a trouvé 67,50% de gestantes non scolarisées et 20% ayant le niveau primaire. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [34].

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Au cours de notre enquête nous avons recensé 90,6% de gestantes mariées de même que chez Konaté S. [35] qui est de 93,5%. Cela est une bonne chose car favorable pour une issue meilleure de la grossesse.

Les ménagères ont été les plus nombreuses soit 58,1% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 5,6%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisés étaient les plus représentés. Chez Goita N. [32] et Fomba S. [36] ces taux présentent des disparités avec respectivement 71,5%; 84,5%. Ce groupe social ne bénéficiant pas d'assez de repos en général constitue un groupe à risque.

5.3.3. Données sur l'offre de la CPN :

Dans notre étude la majorité de nos CPN ont été faites par les sages femmes soit 70% ; 10% par les infirmières obstétriciennes et 20% par les matrones. Goita N. [32] a trouvé 65% de cas de CPN faites par les sages femmes et 10% des CPN faites par les matrones; ce qui pourrait mettre en cause la qualité de la CPN.

Par ailleurs 87,5% des gestantes ont bénéficié d'un examen complémentaire ; ce résultat est inférieur à celui de Goita N [32] 99% et de Fomba S [36] 96,6% mais supérieur à celui de Konaté S [35] qui a trouvé 41.5%.

La sérologie VIH a été demandée chez 80% des sujets de notre étude. Cette proportion est légèrement inférieure à celui de Goita N. [32] qui trouve 96%. Or Cet examen devrait être systématiquement demandé et effectué selon l'accord des gestantes. Les raisons de cette insuffisance peuvent s'expliquer par l'insuffisance des réactifs (ASACODES).

Dans notre enquête l'échographie a été demandée dans 57,5% des cas. Par contre chez Goita N. [32] elle n'a été demandée que dans 29% de cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les sages femmes ne maîtrisent pas tout le contour de l'importance de cet examen.

Les mesures préventives portant sur la supplémentation en fer acide folique (anti anémique), en sulfadoxine pyriméthamine (anti palustre) et en vaccin antitétanique ont été respectivement 100%, 100%, 87,5%. Chez Goita N. [32] ces taux sont respectivement 100% (fer acide folique et sulfadoxine pyriméthamine) et 28.5%. Des efforts restent à fournir quant à la prévention contre le tétanos chez la femme car elle est responsable d'au moins 5% de décès maternel par an. [37]

Selon nos observations au cours de l'enquête l'accueil a été satisfaisant dans 100% de cas. Ceci est une bonne chose qui permet de diminuer le taux d'abandon.

Au cours du déroulement de la consultation l'auscultation pulmonaire et cardiaque n'a été faite chez aucune de nos gestantes. Cette même observation a été faite dans les séries de Goita N [32], Fomba S [36] et de Konaté S [35], chez qui aucun de ces examens n'est fait, cela pourrait s'expliquer par le fait que les CSCOM ne sont pas spécialisés dans la réalisation de ces examens.

22,5% des gestantes avaient bénéficié de l'examen au spéculum. Notre taux est assimilable à celui de Goita N. [32](21%), et inférieur au taux obtenu par Konaté S. [35] (34,5%). Ce temps capital de l'examen gynécologique n'était pratiquement pas réalisé faute du nombre insuffisant et du mauvais état des spéculums.

Par ailleurs les mesures d'hygiène ont été observées dans la grande majorité des cas bien que le praticien ne se soit lavé les mains entre deux consultations que dans 38,5% des cas. On note une amélioration de la qualité de l'hygiène, contrairement à la situation constatée chez Goita N. [32] 23,8%.

Les examens se faisaient toujours à l'abri des regards; cela se justifiait et à l'observation et au près de l'opinion des gestantes.

5.3.4. Données sur la satisfaction des gestantes

Le CSCOM de Badialan a eu la proportion de gestantes la plus satisfaite du niveau de qualité de la CPN avec 87%.

Le CSCOM de Samé avec 57% de gestantes satisfaites a été le CSCOM qui a eu la proportion de gestantes la moins satisfaite de la qualité de la CPN.

Le respect de l'intimité, la gentillesse du prestataire et le respect de la confidentialité de l'examen ont été les critères les plus appréciés par les gestantes avec respectivement 96%, 96%, et 93%.

Les critères les moins appréciés par les gestantes étaient :

- Etat des locaux : avec 70% des gestantes qui trouvaient les locaux vieux et propres ;
- Cout de la consultation : 31% des gestantes ont trouvé la consultation chère ;
- Installation : 37% des gestantes trouvaient l'installation inconfortable lors de l'attente de la consultation.

5.3.5. Données sur la satisfaction des prestataires

Le CSCOM de Bamako coura et le CSCOM de Badialan ont eu la proportion de prestataires le plus satisfait sur la qualité des soins offerts lors des CPN avec 71% chacun.

- Tous les 24 prestataires interrogés ont affirmé avoir de bonne relation au sein de leur équipe de travail ;
- 22 prestataires des 24 interrogés étaient satisfaits de leurs temps de travail ;
- 18 prestataires étaient satisfaits de la qualité des soins qu'elles offraient aux bénéficiaires de la CPN ;
- 16 prestataires trouvaient leur cadre de travail confortable ;
- Seulement 12 prestataires avaient reçue une formation en CPN Recentré ces deux dernières années ;
- Seulement 7 prestataires étaient satisfaits de la qualité et du nombre du matériel utilisé lors de la consultation.

CONCLUSION

La présente évaluation dans les CSCOM de la commune III a permis de décrire le niveau de qualité de la consultation prénatale sur plusieurs paramètres.

Avec un niveau de performance moyen de 64,2% (voir tableau 15) selon nos critères, la qualité de la CPN dans les CSCOM de la commune III a été classé **C** c'est-à-dire **passable**.

Ce faible taux s'explique notamment:

- au niveau de l'équipement et du matériels technique : sièges insuffisant en salle d'attente, nombre insuffisant de spéculum, absence de trousse d'analyse d'urine, mauvais état des tensiomètres ;
- Au cours de l'examen clinique certains paramètres tels que l'auscultation cardiaque et pulmonaire, l'utilisation du spéculum, l'examen du bassin, l'hygiène et l'apprentissage de l'autopalpation des seins aux gestantes étaient sous évalués lors des CPN. Tous les examens complémentaires de routine étaient demandés (Gs- Rh ; taux d'HB ; Albumine sucre dans les urines ; BW) en dehors du test d'Emmel , du test de VIH et de l'échographie obstétricale qui n'avaient pas été systématique.

La correction de ces insuffisances et le renforcement des points forts mis en évidence par cette étude contribueraient à pérenniser les acquis.

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 dans les CSCOM de la commune III.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

1. Au médecin chef de la commune III :

- Assurer la formation continue, la supervision et l'évaluation du personnel placé sous son autorité ;
- Instaurer un dispositif d'accueil et d'orientation à l'entrée de chaque CSCOM ;
- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et le médecin en associant ce dernier aux prises de décisions.

2. Aux prestataires de la CPN :

- Apprécier davantage le bassin en fin de grossesse afin de faire le pronostic d'accouchement ;
- Effectuer rigoureusement toutes les étapes de l'examen des seins en apprenant l'autopalpation aux gestantes car c'est un examen clé qui permet de détecter précocement le cancer du sein ;
- Effectuer l'auscultation cardio-pulmonaire au cours de l'examen physique des gestantes ;
- Faire un examen au spéculum à toutes les gestantes ;
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains avant et après chaque examen.

3. Aux membres de l'ASACO :

- Equiper les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN en matériel adéquats et suffisants : les spéculums, les tensiomètres, les peses personnes, les gants.

4. Aux autorités politiques et Administratives :

- Aider les responsables des CSCOM sur le plan financier et matériel afin de parvenir à un meilleur essor des CSCOM de la commune III ;
- Encourager la scolarisation des filles.

5. Aux consultantes :

- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez vous ;
- Appliquer les conseils donnés par les prestataires.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1.** Contribution à l'amélioration de la qualité de la CPN.pdf [Internet]. [cité le 12mars2014]. Disponible sur:http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Theses/Cont_amel_qualConsultPrenat.pdf
- 2. Brandin S.** Consultation prénatale du premier trimestre : Evaluation des pratiques professionnelles a la maternité de port royal. Mémoire de sages femmes, université Paris Descartes 2011.page 5.[cité le 24 janvier 2014] Disponible sur:http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/61/78/21/PDF/memoire_esfbaudelocque_brandin.pdf
- 3. Rougemont A. BVUNET J.et Jaily :** Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux. Paris : Dion éditeurs ; 1999. P751
- 4. O.M .S. (chronique).** Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Genève OMS ,1986 : 405(5) :193-202.
- 5. SIAKA.** Qualité de la consultation prénatale à l'hôpital Nianankoro Fombade Ségou [Thèse :Médecine] .Bamako :FMPOS ;2002.
- 6.** Action Mondiale des Parlementaires, PGA, Rapport d'atelier sur La législation en matière de Santé de la reproduction en Afrique de l'ouest, Mali novembre 2000, 37p.
- 7. AMPPF.** Plan stratégique 2001-2005.Bamako : Déc.2000 :28
- 8. OMS :** Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1^{ère} éd. Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P : 16.
- 9. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest.** Résultat d'une enquête a Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, OMS bureau Afrique Division santé de la famille.1997 ; P40-05.
- 10. D NSI-CPS /MINISTERE DE LA SANTE-Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-III),** Bamako, Ministère de la santé, Juin 2002,450p.
- 11. Sacko M -** Couverture prénatales et dépistage des facteurs de risque dans le district de Bamako. Enquête n°1. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998.
- 12. Oakley A.** The capture womb. A history of the medical care of pregnant women, Oxford 1984.Basil Blackwell

- 13. Kessel E.** Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome. In: Omran A.R, Martin J. and Aviado D.M. (Eds.) High risk mothers and newborns: detection, management and prevention, Ott Publishers Thun Switzerland 1987 pp. 375-393.
- 14. Lawson J.B. and Stewart D.B.** Obstetrics and Gynecology in the Tropics and Developing Countries, Edward Arnold. London 1967.
- 15. Ross D.A** The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas A. and Simons J. (Eds.) the potential of the traditional birth attendant, Geneva 1986: WHO. pp. 8-20.
- 16- Nian M.** Approche épidémiologique-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)
- 17. OMS.** Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.
- 18. Backett M, Davies A.M. and Petros-Barvazian A.** L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale), Genève: OMS. 1984
- 19. Donabedian A.** Exploration in assessment and monitoring, vol I-the definition of quality and approaches to its assessment. Health administration press an arbor, Michigan, 1980.
- 20. Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme ;** soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post-natal, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme. Volume 4. juin 2005. Ministère de la santé de la république du Mali. 23p.
- 21.** Consultation Prénatale Recentrée y compris le Contrôle du Paludisme Pendant la Grossesse au Mali, Manuel de référence pour les prestataires de soins de santé, JH PIEGO
- 22.** DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFinal.pdf [Internet]. [Cité 5 mars 2014]. Disponible sur: [http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFinal.pdf](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI_PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_QUALITE_DES_SOINS_VFinal.pdf)
- 23. M S.F., BALADUR O., BIZIEAU O.** Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} éd. Paris: Hatier; 1992. Pages 22.
- 24. Dakono .A.** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au CSCOM de KOULIKORO BA [Thèse de médecine]. Bamako ; 2008.08M216
- 25. Rayton E (Armstrong S.)** Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990 :231p.

- 26. Merger R, Levy J, Melchior J** : Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris .Masson .1995 .
Etude clinique de la grossesse normale 1995 :71-134
- 27. Haute autorité de santé (HAS).** Comment mieux informer les femmes enceintes ?
Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005.
- 28. Puech F., Levy G. et Al:** Mortalité maternelle; synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle [cité le 09 mai 2013]. Disponible :
<http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.htm>.
- 29.** Population Reports 2003. www.population-reports.org/pr/prf/fm173.
- 30.** Anonyme. Déclaration universelle des droits de l'homme [consulté le 27 décembre 2013].
URL : <http://www.un.org/fr/documents/udhr>: Egypte ; 1996 : 142p.
- 31.** Rapports trimestriel d'activités du Centre de santé de référence de la commune III.
- 32. Goïta N.** : évaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [Thèse de médecine] :Bamako :FMOS ; 2006 ; M210 102 P.
- 33- Boiré M** : Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux : médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT [thèse de médecine] .Bamako :FMOS ;2000 ; M69 79p.
- 34- M S.F, Ballardur O, Bizieau O.** : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er}éd. Paris: Hatier; 1992. P. 222.
- 35- Konaté S:** qualité de la surveillance prénatale dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako [thèse de médecine].Bamako :FMOS ; 2002 ; M33.
- 36-Fomba S** : qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au Centre de Santé miproma de magnambougou en commune VI du District de Bamako[thèse de médecine].Bamako :2002;M 204.
- 37 .U.N.I.C.E.F/O.M.S/F.N.U.A.P** : élimination du tétanos néonatal d'ici a 2005.Stratégies permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000

VII.ANNEXES

GRILLE D'OBSERVATION DE LA CPN

Fiche d'enquête N° 1 1 1 1 1 1 1 1 1 / 1 1 1 ./

N° de fiche :

n° du dossier ou carnet CPN :

O1 Structure :

O2 Durée de la CPN :

Nom du prestataire :

O3 Qualification :

OBSERVATION	Oui=1/Non=0	Observation
O4 Saluer chaleureusement la femme		
O5 Souhaiter la bienvenue ;		
O6 Offrir un siège ;		
O7 Se présenter à la femme ;		
O8 Demander son nom ;		
O9 Assurer la confidentialité		
O10 Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable).		
O11 Recueillir les informations sur l'identité de la femme;		
O12 Rechercher les antécédents médicaux;		
O13 Rechercher les antécédents obstétricaux ;		
O14 Rechercher les antécédents chirurgicaux ;		
O15 Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;		
O16 Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;		
O17 Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles		
O18 Demander à la cliente de se déshabiller (en privé) ;		
O19 Observer l'état général (amaigrissement, oedèmes, boiterie, losange de Michaelis)		
O20 Peser la femme		
O21 Mesurer la taille		

O22 Prendre la tension artérielle (assise) ;		
O23 Aider la femme à s'installer sur la table d'examen ;		
O24 Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel ;		
O25 Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) ;		
O26 Rechercher les os dômes au visage		
O27 Examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, rechercher d'une exophtalmie)		
O28 Examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire) ;		
O29 Palper la glande thyroïde (goitre) ;		
O30 Ausculteur le cœur et les poumons		
O31 Palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépato splénomégalie)		
O32 Examiner la région de l'ombilic (recherche de hernie ou cicatrice de laparotomie) ;		
O33 Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, os dômes) ;		
O34 Faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire		
O35 Observer les seins de la cliente debout et assise et on vérifie la symétrie des seins		
O36 Vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes		
O37 Demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps et s'il n'y a pas rétraction du mamelon ;		
O38 Palper avec les deux mains à plat les seins		
O39 Palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main		
O40 Presser doucement le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétions (lait, pus, sang) ;		
O41 Palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire		
O42 Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins (autopalpatation) ;		

O43 Mettre la femme en position gynécologique ;		
O44 Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;		
O45 Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ;		
O46 Palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux ;		
O47 Mesurer la hauteur utérine ;		
O48 Ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF) ;		
O49 Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles ;		
O50 Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire ;		
O51 Placer le spéculum ;		
O52 Observer le col et le vagin (état, pathologies) ;		
O53 Faire des prélèvements, si nécessaire ;		
O54 Retirer le spéculum ;		
O55 Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination ;		
O56 Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;		
O57 Examiner et sentir les pertes sur les gants ;		
O58 Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse ;		
O59 Tremper le matériel utilisé dans la solution de décontamination ;		
O60 Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;		
O61 Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination		
O62 Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;		
O63 Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire ;		
O64 Mesurer le diamètre pré pubien ou trépan ;		
O65 Mesurer le losange de Michaelis		
O66 Mesurer le diamètre bi ischiatique :		
O67 Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;		
O68 Enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.		
O69 Gs-Rh ;		

O70 Test d'Emmel,		
O71 Taux d'Hb,		
O72 BW		
O73 albumine/sucre dans les urines		
O74 test VIH après counseling		
O75 Autres examens aux besoins.		
O76 VAT		
O77 SP		
O78 FAF		
O79 IEC/hygiène alimentaire		
O80 IEC/hygiène de vie		
O81 MILD		
O82 IEC/VIH si nécessaire		
O83 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire		
O84 identifier un prestataire		
O85 Identifier le lieu de l'accouchement		
O86 Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence.		
O87 Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger		
O88 Informé de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de		
O89 Donner le prochain rendez-vous :		
O90 Raccompagner la femme après l'avoir remerciée		

GRILLE D'OBSERVATION DE LA STRUCTURE

Fiche d'enquête N°1 1 1 1 1 1 1 1 1 /1 1 1 ./

Nom de la structure :

Date d'observation :

Informations à chercher	Oui=1 /non=0	Observation
1. Existence d'une salle CPN		
2. Salle d'attente		
3. Existence de toilettes		
4. Sièges		
5. Paravent		
6. Affiches pour la CCC		
7. Table gynécologique 1		
8. Bassin de lit 2		
9. Boîte à instruments 1		
10. Ciseaux pointe mousse 2		
11. Sonde urétrale 1		
12 Thermomètre 15		
12. Jeu de spéculum GM, MM, PM 18		
13. Tensiomètre 2		
14. Stéthoscope biauriculaire 2		
15. Stéthoscope obstétrical 1		
16. Haricot inox 3		
17. Trousse d'analyse d'urine 1		
18. Stérilisateur 1		
19. Lampes baladeuses ou torche 2		
20. Détecteur de BCF à effet Doppler 1		
21. Pèse-personne 2		
22. Mètre ruban 2		
23. Toise 2		
24. Gants stériles 50		
25. Gants d'examen 2 boîtes		
26. Gants de ménage 3		
27. Boîte à tranchant 10		
28. Poubelles roses, bleues, vertes 6		
29. bandelettes urinaires 2 boites		
30. Registres de consultation 2		
31. Cahier de surveillance 1		
32. Carte de vaccination 1		
33. Registre d'évacuation 1		
34. Carnets de grossesse 100		

Informations à chercher	Oui=1 /non=0	Observation
35. Echancier 1		
36. Fiche de référence 20		
37. Fiche de suivi de grossesse		
38. Table pliante 2		
39. Chaise pliante 4		
40. Porte vaccin 2		
41. Accumulateur de froid 10		
42. Plateau 2		
43. Seringue 0,1 ml 50		
44. Seringue 0,05 ml 50		
45. Seringue 0,5 ml 200		
46. Seringue 5 cc 20		
47. Aiguilles 18 G, 22/26 G 100		
48. Pince 2		
49. Stérilisateur de vapeur 2		
50. Caisse RCW 25 2		
51. Réfrigérateur à pétrole/électrique 1		
52. Réchaud 2		
53. Bocal à pinces 3		
54. Thermomètre (pour chaîne de froid) 5		
55. Plateaux avec couvercle 3		
56. Point d'eau courante		
57. Locaux nettoyés avant la séance		
58. Locaux désodorisés avant la séance		
59. Matériels stérilisés		
60. Matériels dans la salle		
61. Sièges rangés en salle d'attente		
62. Organisation du flux selon l'ordre d'arrivée		
63. Support dans la salle		
64. Consommables dans la salle (gants, coton, solution de décontamination, serviettes individuelles)		
65. Tarer la pèse personne		

Pharmacie fonctionnelle

Laboratoire

Sinon Pourquoi ? : í

SG16 Comment trouvé vous le cout de la CPN ? / í í í / 1 = cher; 2 = pas cher
pourquoi í .

SG17 Vous a-t-on demandé de payer sans reçu des actes autres que celui de la
consultation? / í í í .. / 1 = oui 2=non

SG18 Aller vous revenir dans ce centre ou le conseiller à un parent en cas de besoin pour une
prochaine consultation ? / /

1=oui 2=non pourquoi í í í í í í í í í í í í í í ...

SATISFACTION DES PRESTATAIRES

Fiche d'enquête N°1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 /1 1 1 ./

Nom :/1 1 1 1 1 1 /

Prénom:/1 1 1 1 ./

SP1Qualification:/1 1 1 ./ 1= médecin 2=sage femme 3=matrones 4=infirmière obstétricienne 5=autre à préciser

SP2Statut:/1 1 1 ./ 1=fonctionnaire 2=contractuel 3=stagiaire

SP3Ancienneté au poste:/1 1 1 1 / en année

SP4Fonction :/1 1 1 1 1 1 1 1 ./.

SP5Comment trouvez-vous votre cadre de travail ?/...../ 1=confortable 2=inconfortable pourquoi 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 ..

SP6Avez-vous de bonnes relations au sein de votre équipe de travail ?/...../ 1=oui 2= non sinon pourquoi 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

SP7Etes-vous impliqué dans les prises de décision concernant la structure ?/1 1 1 ./ 1=oui 2= non pourquoi 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 .

SP8Etes-vous satisfait de la qualité et du nombre de matériels que vous utilisez pour la CPN ?/...../ 1=de bonne qualité mais insuffisant 2= de mauvaise qualité mais suffisant 3= de bonne qualité et suffisant 4=de mauvaise qualité et insuffisant.

SP9Avez-vous reçu une formation en CPNR ces deux dernières années ?/...../ 1=oui 2=non pourquoi 1

SP10Etes-vous satisfait de la qualité de soins que vous offrez aux bénéficiaires de la CPN/1 1 1 1 / 1=oui 2= non pourquoi 1 ..

SP11Avez-vous des relations avec le comité de gestion de la structure ?/...../ 1=oui 2=non

SP12Etes-vous satisfait de votre temps de travail ?/...../ 1=oui 2=non Pourquoi 1 .

SP13Existe-t-il des mécanismes de motivation dans votre structure ?/...../ 1=oui 2=non si oui lesquels 1

Fiche signalétique

NOM : WOKDEN

PRENOM : Joséphine Sonia

E-mail:woksonia@yahoo.fr

ANNEE DE SOUTENANCE : 2013-2014

TITRE DE LA THESE : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans les CSCOM de la commune III du district de BAMAKO en 2013.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : CAMEROUN

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie

SECTEURS D'INTERET : Département de Santé Publique ;
gynéco-Obstétrique ; Pédiatrie

OBJET : Evaluer la qualité de la consultation prénatale dans les CSCOM de la commune III en 2013

RESUME: Il s'agit d'une étude transversale sur la qualité de la consultation prénatale qui s'est déroulée d'avril 2013 à mars 2014 dans les huit CSCOM de la commune III du district de Bamako. Au cours de l'étude nous avons étudié la qualité du dispositif d'offre de la CPN, la qualité de l'offre de la CPN et enfin l'opinion des prestataires sur la qualité des soins qu'elles offraient aux bénéficiaires de la CPN et celle des gestantes sur la qualité des soins. C'est ainsi que sur le plan structural les CSCOM de la commune III avec 76,8% de points obtenus ont été classé **B**, c'est à dire que les références évaluées étaient bonne avec des supports de surveillance toujours disponible (100%). L'analyse de l'offre de la CPN révèle que 70% des gestes techniques ont été conformément réalisé lors des consultations, néanmoins l'examen physique n'avait jamais été réalisé selon les normes requis. Les gestantes à travers leurs opinions ont exprimé leur entière satisfaction (96%) par rapport à la gentillesse du prestataire et au respect de l'intimité lors de la consultation mais le critère le moins satisfaisant fut l'état des locaux avec 70% des gestantes qui trouvaient les locaux vieux mais propres.

Les mots clés : Evaluation, Qualité, Consultation Prénatale.

NAME: WOKDEN

SURNAME: Josephine Sonia

E -mail: woksonia@yahoo.fr

YEAR OF DEFENSE: 2013-2014

TITLE OF THESIS: Evaluation of the quality of antenatal care in community health centers of the municipality in the district of Bamako III in 2013.

CITY OF DEFENSE: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: CAMEROON

PLACE OF FILING: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry

AREAS OF INTEREST: Department of Public Health;

Obstetrics and Gynecology, Pediatrics

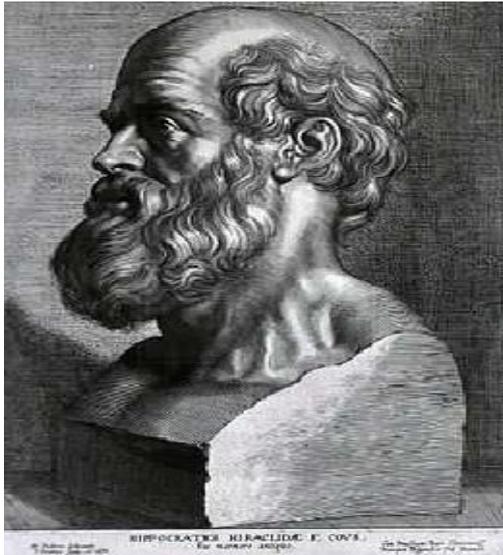
OBJECTIVE: To evaluate the quality of antenatal care in community health centers in District III in 2013

SUMMARY: This is a cross-sectional study on the quality of prenatal consultation which took place from april to march 2013 eight CSCOM District III District of Bamako. During the study we investigated the quality of the offer of the CPN device, the quality of the supply of NPC and finally the opinion providers on the quality of care they provided to beneficiaries of the CPN and that of pregnant on the quality of care.

Thus structurally CSCOM Town III with 76.8% of points obtained were rated B ,ie that the references were evaluated with good media monitoring always available (100%) . The analysis of supply NPC reveals that 70% of technical moves were made during the consultations in accordance; however, the physical examination was never performed according to the standards required.

Pregnant through their opinions expressed satisfaction (96%) compared to the friendly service and respect for privacy during the consultation but the least satisfactory criterion was the condition of the premises with 70% of pregnant who were old but clean rooms.

Keywords : Evaluation, Quality, Prenatal Consultation.



SERMENT
DE 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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!