

Ministère des Enseignements Secondaire

République du Mali

Supérieur et de la Recherche

Un Peuple- Un But- Une Foi

Scientifique

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2008- 2009

Thèse N° /..... /

TITRE

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

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/12/ 2008 à 12 heures devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur **Issa TRAORE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jur

Président : Pr. Mamadou Marouf KEÏTA

Membre : Dr. Boubacar TRAORE

Co-directeur : Dr Youssouf TRAORE

Directeur de Thèse : Pr Amadou Ingré DOLO

DEDICACES

Permettez-moi chers parents éducateurs et amis en cette circonstance solennelle, de vous adresser ces dédicaces pour vous témoigner ma reconnaissance infinie à cause de votre remarque concours grâce auquel j'ai pu élaborer ce travail.

Grâce soit rendue au Maître du temps et de l'histoire pour ce jour qu'il nous donne et pour cette modeste œuvre qu'il a guidé jusqu'à son terme.

C'est dans une grande joie emprunte de ferveur que je dédie ce modeste travail à :

Mon père, Darhamane Traore :

Cher père tu nous as mis dans les meilleures conditions possibles pour que nous puissions étudier. Tu as accompli ton devoir de père exemplaire car ton souci majeur tout au long de notre éducation a été de cultiver en nous le respect, le sens de l'honneur, de la dignité et de la grandeur. Ton soutien moral et financier nous a assistés tout au long de notre étude. Ce travail n'est que le fruit de tes interminables efforts, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de toute notre fierté. Ce travail est le tien.

Mes mamans, Fatoumata Karembe, Awa Diarra et Bintou Coulibaly :

Vous nous avez soutenue par votre affection sans faille et vos conseils maternels tant aux jours de joie qu'aux jours difficiles.

Vous avez tout fait dans ce monde pour nous, vous avez su nous enseigner le sens du pardon et l'importance de la morale dans la vie d'un être humain. Votre humanisme, votre amour pour tous les enfants, votre largesse, votre sagesse ont fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et notre fierté d'être vos enfants.

Mes Frères et Sœurs :

Votre amour fraternel, vos sages conseils, m'ont souvent facilité le long parcours qui a aboutit à cet travail. Trouvez ici tout mon attachement.

Tous mes oncles et tantes :

Un grand merci pour tout ce que vous avez fait pour que ce travail aboutisse.

Mamadou Zeidane Traoré et son épouse Ami kone :

Cher cousin, vous n'avez ménagés aucun effort pour que je puisse mener à terme mes études de médecine et je vous serais éternellement reconnaissant. Les mots me manque ici pour vous dire un grand merci. Trouvez ici mon attachement et ma gratitude.

Mes neveux et nièces :

Pour toute la tendresse, je vous souhaite du courage, car la vie est « un combat » et sachez que seul le travail libère. Que Dieu vous protège !

REMERCIEMENTS

- **A tout le corps professoral de la FMPOS :**

Grâce à votre rigueur, votre courage et abnégation, la FMPOS jouit d'une renommée internationale. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

- **A tous les médecins du service de gynécologie et obstétrique du CHU**

Gabriel Toure : Les docteurs, Haidara, Mounkoro Niani, Traore Youssouf, Tékété Ibrahima, Dao Amalle Keita, Ouane Aissata, chers maîtres vous nous avez séduit tout au long de notre séjour dans le service. Vos simplicités, vos disponibilités et surtout vos sens élevés de l'écoute font de vous les encadreurs incontestables. Recevez ici chers maîtres le témoignage de notre profonde reconnaissance,

- **A tous les CES de Gynécologie et obstétrique :**

Pour vos précieux conseils, vos critiques et pour la formation reçue.

- **Au médecin chef du CSCOM-ADASCO, Brehima Togola**

Malgré tes plus multiples préoccupations, tu n'a ménagé aucun effort pour m'apporter tes conseils, ton soutien pour la réalisation de ce travail qui ne serait entrepris sans ton apport. Très sincèrement, je t'exprime par ce travail ma profonde gratitude.

- **A tous les sages-femmes de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Touré et du CSCOM-ADASCO**

Pour le chaleureux accueil et la franche collaboration, que ce travail soit l'expression de ma gratitude.

- **A tous mes collègues de la FMPOS** qui ont échelonné ce cursus avec moi. MERCI

- Je ne saurais oublier mes camarades de classe et amis de l'école fondamentale « Soninkoura A » et du Lycée Abdoul Karim Camara dit Cabral de Ségou. MERCI.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et Président du jury :
Professeur MAMADOU MAROUF KEITA**

- **Professeur Honoraire de pédiatrie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ;**
- **Président du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ;**
- **Président de l'association malienne de pédiatrie ;**
- **Président de l'association malienne des villages d'enfants SOS (VSOS) du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectée et respectable, votre exemple restera une tâche d'huile.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de thèse :
Professeur AMADOU INGRE DOLO**

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d ' Odonto - Stomatologie ;**
- **Chef de service de Gynécologie et Obstétrique**
- **Président fondateur de la société malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**
- **Secrétaire général de la société africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO)**
- **Président de la cellule malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités, professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et CO - DIRECTEUR DE THESE :
Docteur YOUSOUF TRAORE**

- **Gynécologue - Obstétricien ;**
- **Maitre assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie ;**
- **Secrétaire de la société malienne de Gynécologie et Obstétrique. (SOMAGO)**

Cher Maître nous sommes très honorés d'avoir bénéficié votre apport pour la réalisation de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue font de vous un homme exemplaire.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Croyez ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et JUGE :
Docteur Boubacar TRAORE**

- **Gynécologue - Obstétricien**
- **Médecin-Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.**

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés nous avons appris à aimer la Gynéco-Obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans limites et toujours d'actualité, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions
cher maître de trouver en cet instant
Solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

LISTE DES ABREVIATIONS

- **ADASCO** : Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire
- **ASACO** : Association de Santé Communautaire
- **ASACODA** : Association de santé communautaire de Daoudabougou
- **BW** : Bordet Wassermann
- **BDCF** : Bruit du Cœur du Fœtus
- **CILSS** : Comité Inter étatique de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
- **CPN** : Consultation Prénatale
- **CPS** : Cellule de Planification de la Santé
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- **CSRef** : Centre de Santé de Référence
- **DDR** : Date des Dernières Règles
- **DPA** : Date Probable d'Accouchement
- **DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
- **ECBU** : Examen Cytobactériologique des urines
- **EDM** : Energie Du Mali

- **FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **HU** : Hauteur Utérine
- **IST/MAST** : Infection /Maladie Sexuellement Transmissible
- **Max** : Maximal
- **MAF** : Mouvements Actifs du Fœtus
- **MSSPA** : Ministère de la Santé, de la Solidarité, et des Personnes Agées
- **NFS** : Numération formule sanguine
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONU** : Organisation des Nations Unis
- **PPM** : Pharmacie Populaire du Mali
- **PPTE** : Pays Pauvre Très Endetté
- **PTME** : Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH
- **SA** : Semaine d'Aménorrhée
- **SC** : Score
- **SOTELMA** : Société des Télécommunications du Mali
- **SP** : Sulfadoxine Pyrimethamine
- **SR** : Santé de la Reproduction
- **TA** : Tension Artérielle
- **TV** : Toucher Vaginal
- **VAT** : Vaccin Anti Tétanique
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Objectifs	5
III. Généralités.....	7
IV. Méthodologie.....	21
V. Résultats	34
VI. Commentaires et discussions.....	51
VII. Conclusion et Recommandations	62
VIII. Références	66
IX. Annexes.....	70

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse, elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse.

Chaque jour au moins 1 600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Soit un décès par minute ce qui représente 585 000 décès maternels par an **[21]**.

Face à cette situation il est judicieux de mettre en place une stratégie pouvant améliorer les prestations en matière de santé de la reproduction (SR). C'est donc dans le souci d'offrir des soins de qualité qu'ont été élaborées les Politiques, Normes et Procédures (PNP). Les PNP ont pour ambition de développer chez les prestataires des aptitudes et attitudes simples et efficaces dans l'offre des soins de SR.

Ce concept de SR édicté par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) et adopté par Mali en 1994, traduit une pleine responsabilisation de l'individu en tant qu'acteur principal de sa bonne santé. Ainsi face à ses problèmes de santé, il a droit à des services de santé de qualité et accessibles **[1]**.

Le risque de décès maternel calculé sur toute la durée de la vie est de 1/16 en Afrique sud saharienne contre 1/60 en Amérique latine et 1/400 en Europe occidentale **[21]**.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM IV) réalisée en 2006, le taux de mortalité maternelle était de 462 sur 100 000 naissances vivantes **[10]**.

Au cours de la même période selon l'EDSM IV pour 70% des naissances la mère avait bénéficié d'une CPN auprès du personnel formé. Ces

consultations ont été principalement effectuées par les sages femmes ou les infirmières (36%) et par des matrones (33%) ; dans une proportion beaucoup plus faible elles ont été fournies par des médecins (1,4%).

En outre, dans un peu moins de 3/10 cas (29%) les mères n'ont effectuées aucune consultation prénatale **[10]**.

L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse **[23]**.

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes enceintes (99%) reçoivent les soins prénataux de qualité, tandis que dans les pays en développement elles ne sont que 1% **[24]**.

Au Mali, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux dispensés par du personnel qualifié présente des disparités énormes selon le milieu de résidence et les régions. En milieu rural cette proportion est de 64% contre 87% en milieu urbain.

Selon les régions cette proportion est 94% dans la capitale Bamako, 75% à Ségou contre 43% à Tombouctou et 32% à Kidal.

De même selon le niveau d'instruction on note des écarts importants : 67% des femmes sans instruction ont effectués un suivi prénatal contre 96% de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus **[10]**.

Les différentes analyses de situation réalisées dans le domaine de la SR ont montré que les besoins dans le domaine restent importants malgré les énormes efforts déployés.

L'accès insuffisant aux services de santé et la faible utilisation des services de SR contribuent à maintenir des taux élevés de morbidité et mortalité maternelle et infantile. A cela il convient d'ajouter des facteurs culturels comme les pratiques et comportements néfastes qui sont entre autres : les grossesses précoces et rapprochées ; les interruptions de grossesse non médicales ; le recours tardif aux soins obstétricaux et leur insuffisance.

Au Mali malgré les nombreuses dispositions prises pour réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale, ces taux restent encore très élevés .Les résultats de l'EDSM IV énoncés plus haut confirment ces résultats.

Aucune étude évaluant la qualité des CPN n'a été faites dans le CSCOM-ADASCO. Ce travail a alors été initié pour combler ce vide. Ces objectifs ont été :

II OBJECTIFS

1. Objectifs général

- Evaluer la qualité des consultations prénatales au niveau du centre de santé communautaire -ADASCO- de Daoudabougou

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes au CSCOM-ADASCO ;
- Décrire les procédures de la CPN dans le CSCOM-ADASCO ;
- Déterminer le niveau de performance des prestataires de consultation prénatale dans le CSCOM-ADASCO ;
- Corréler la performance des prestations et la compliance des gestantes au CSCOM-ADASCO ;

III-GENERALITES :

1. Historique de la consultation prénatale :

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

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unis nouvellement créer leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

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

Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant. **[24].**

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les

enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. .

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement **[8, 24]**.

2. La consultation prénatale :

2.1 Les objectifs de la CPN :

- 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 en faire le diagnostic
- Faire le pronostic de l'accouchement
- Eduquer et informer les mères.

2.2 Calendrier de CPN :

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

- 1^{ère} CPN avant 3^e mois (pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque)
- 2^e CPN vers les 6^e mois
- 3^e CPN vers le 8^e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse)
- 4^e CPN vers le 9^e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement)

2.3 Matériel de CPN :

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

Les matériels nécessaires sont:

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres
- Lames fixatrices
- Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- 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

2.4. Le bilan prénatal:

2.4 a) Les examens complémentaires indispensables sont:

- 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 de 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 permet combinée à l'examen clinique de faire le pronostic de l'accouchement.

2.4 b) Les examens complémentaires non indispensables: ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques on peut énumérer : sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE) frottis mince (FM), l'examen cytobactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de *Coombs* indirect, la radio du contenu utérin glycémie à jeun, la créatinémie etc.

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

3. La consultation prénatale recentrée

3.1. Concept

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

Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de

développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

3.2 Principes de la CPN recentrée

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

3.3 Les étapes de la CPN recentrée

3.3.1 préparer la CPN

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

3.3.2 Accueillir la femme avec respect aimabilité :

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bien venue ;
- 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.

3.3.3 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

- Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

3.3.4 Procéder à l'examen :

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

3.3.5 Demande des examens complémentaires.

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

3.3.6 Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la sulfadoxine Pryrimethamine (SP)

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN 3 comprimés de sulfadoxine pyrimethamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ; la 1^{ère} prise après la 16^{ème} semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante ; 2^{ème} prise après la 32^{ème} semaines d'aménorrhée.

- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuille vertes ...) l'hygiène de vie (repos dormir sous

moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les existants et la planification familiale ;

3.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

- Identifier un prestataire compétent

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

- Identifier un prestataire compétent
- Identifier le lieu d'accouchement
- Clarifier les conditions de transports même encas 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/visions trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Pertes de conscience

- Douleur de l'accouchement avant 37^{ème} semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantes
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

3.3.9 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.

3.3.10 Raccueillir la gestante après l'avoir remercié

3.3.11 Consultation Prénatale de suivi : En plus des gestes de la CPN initiale

- Recherche les signes de danger :
 - Symptômes et signes de maladies
 - Identifier une Présentation viscieuse
 - 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
- Raccueillir la femme après l'avoir remerciée.

3.4. Prise en charge des pathologies et des complications.

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

4. Définitions :

4.1 L'évaluation :

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

4.2 La qualité des soins :

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

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

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

- la relation soignant soignée (respect de la dignité humaine) ;
- la démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- la continuité des soins ;
- les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- l'autonomisation [11].

4.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [7].

4-4 Politique et normes des services :

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

4.5 Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [3].

4.6 Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [3].

4.7 La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [3].

4.8 Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [7].

4.9 Grossesse à haut risque :

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

4.10 La maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [1].

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

4.11 La mortalité maternelle:

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

4.12 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.

4.13 L'aire de santé ou secteur sanitaire :

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

4.14 La carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [9].

4.15 Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [9].

4.16 L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement [3].

4.17 Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [7].

IV-METHODOLOGIE

1- CARTE D'ETUDE : Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire (CSCOM-ADASCO) qui dessert la population de Daoudabougou situé en commune V sur la rive droite du fleuve Niger. Daoudabougou est l'un des quartiers les plus peuplés de la commune V soit 6754 habitants **[28]**.

1-1 Présentation du CSCOM-ADASCO :

Historique : Conformément à la politique sectorielle de santé et de population au Mali (un CSCOM pour 1 500-2000 habitants), Daoudabougou a bénéficié de deux CSCOM :

- ASACODA créée en 1992
- ADASCO créée en 1994 avec un local loué pour abriter le CSCOM qui a été construit en 2000 grâce à un partenariat dynamique entre l'ADASCO, le CSRef CV et la mairie d'Angers.

L'aire de l'ADASCO regroupe une population de 33 827 habitants, soit 11% de la population de la commune V **[28]**.

- Les partenaires de l'ADASCO sont la mairie d'Angers (pour la construction des locaux, don de matériels, envoi de stagiaires..), la coopération Yeelen (don de matériels, assistance, conseil....) la COFESFA (don de matériels, animation...) et la CREN (Nutrition des enfants)
- L'ADASCO est affiliée à la FENASCO, à la FELASCOM et est assistée par le CSRef Com V s/c du département de la santé.

1-2 Le personnel du CSCOM-ADASCO se compose de :

- Un médecin généraliste contractuel de l'ADASCO
- Deux infirmiers d'état : tous sur fond PPTTE
- Trois sages-femmes contractuelles ASACO
- Une infirmière obstétricienne contractuelle ASACO
- Un gestionnaire contractuel ASACO

- Une laborantine contractuelle ASACO
- Deux matrones contractuelles ASACO
- Un aide soignant et 4 aides soignantes dont 3 vendeuses qui gèrent la pharmacie et une animatrice)
- 2 manœuvres contractuels ASACO
- Un gardien contractuel ASOCO

1-3 Les organes administratifs et de gestion de l'ASACO sont :

- Conseil d'administration compose de 9 membres élus en assemblée générale pour un mandat de 5 ans
- Le comité de gestion constitué de 5 membres
- Le comité de surveillance
- Et le conseil de gestion qui se réunit tous les 6 mois

1-4 Les locaux et équipement du centre :

Le CSCOM-ADASCO de Daoudabougou est clôturé d'un mur à hauteur acceptable satisfaisante et fait en ciment et en bon état. La cour est dallée et est constituée de deux entrées principales contiguës dont l'une grande et l'autre petite, 2 salles de consultations médicales, une maternité, 2 salles pour les soins (pansements, sutures et injections) une salle de perfusion, une salle d'échographie, un laboratoire d'analyse biomédicale un magasin et une pharmacie, 3 hangars une salle de conseil.

- A l'entre juste à droite un bâtiment dont une salle pour le gardien, une salle pour les perfusions. Ensuite en suite un hangar en tôle pour les séances de récupération nutritionnelle pour les enfants.
- A gauche de l'entrée nous avons un premier bâtiment qui abrite une salle pour les pansements, une autre salle pour les injections suivis d'un hangar, ensuite toujours à gauche et d'est en ouest un incinérateur à l'angle. Ensuite un second bâtiment de 5 salles dont une pour le magasin, une pour la pharmacie, une pour le

laboratoire, une pour l'échographie, une pour le médecin et la dernière pour le major (tous avec une véranda)

- Au fond à gauche on a un robinet et un bâtiment qui se compose de 6 toilettes, une salle d'observation, une salle de suite de couche et deux salles de travail d'accouchements. Ces trois dernières salles communiquent entre elle par une porte à l'intérieur. Ce bâtiment Comporte une véranda également.
- Au centre de la cour nous avons un bâtiment en une étage qui comprend sur l'étage le logement du médecin chef et en bas de l'étage 2 salles dont de gauche a droite une salle pour les CPN et l'autre pour le conseil. Devant ces deux salles se tient un grand hangar qui sert de lieu de vaccination.

1-5 Composition des unités : le CSCOM-ADASCO comprend

1-5-1 Une salle de consultation du médecin qui comprend :

Un bureau, 4 chaises, une table de consultation une armoire un paravent, un lavabo, un ventilateur, une téléphone fixe, une poubelle, une pèse personne, un registre, un thermomètre, un tableau d'activité mensuel fixe au mur, deux ampoule électriques, une véranda contenant trois table bancs.

1-5-2 Une salle de consultation pour le major :

Un bureau, 4 chaises, une armoire, un lavabo, une table de consultation, un paravent, une poubelle, un tensiomètre, un registre, un ventilateur, deux ampoules électriques, une véranda avec deux tables bancs.

1-5-3 Une maternité comportant :

- Une unité de CPN : un bureau pour les sages femmes, 2 chaises, une table banc un lavabo un paravent et une table de consultation gynécologique, une armoire, trois registres dont le premier pour la CPN, le second pour le planning familial et le troisième pour la

consultation post-natale ; une boîte à spéculum ; 2 seaux de solution de décontamination, un tensiomètre , un mètre ruban, un stéthoscope de Pinard, deux ampoules électrique, un ventilateur une véranda avec trois tables bancs, une pèse personne.

- Une unité de travail d'accouchement comportant : une salle d'attente avec un lit, une table de consultation et une salle d'accouchement proprement dite avec deux tables d'accouchement, un bureau et une chaise, un chariot deux pèses bébé, 2 lavabos, un registre, un mètre ruban, un stéthoscope de Pynard, 3 bassines de lits, 2 ampoules électriques et un ventilateur.

1-5-4 Unité de soins comportant :

- Une salle d'injection avec un bureau, 2 tabourets, 2 ampoules électriques, un ventilateur, une poubelle et un lavabo
- Une salle de pansement avec une table de soins, un stérilisateur électrique un lavabo, une poubelle et un chariot.
- Une salle de perfusion avec 6 lits, 6 potences, un chariot, 2 poubelles, un ventilateur et deux ampoules électriques.

1-5-5 Un laboratoire d'analyse médicale : qui comprend des produits chimiques, deux réfrigérateurs, des grillages sur la porte et la fenêtre, un stérilisateur électrique, un microscope électronique, 5 chaises, un bureau, un registre, deux poubelles, 2 ventilateurs deux lavabo et deux ampoules électriques.

1-5-6 Une salle d'échographie contenant :

Une échographe, deux chaises, un lit, 2 ampoules électriques, un ventilateur et une poubelle.

1-5-7 Une pharmacie comportant :

Des médicaments disposés en étage, deux chaises, des grillages sur les portes et les fenêtres, un ventilateur deux ampoules électriques.

En outre l'éclairage et l'approvisionnement en eau potable sont assurés par l'énergie du Mali EDM

Le centre dispose de trois latrines et trois douches. La cour est dallée et est embellie par des arbres et des fleurs.

Il existe deux téléphones l'un fixe et l'autre mobile ; les déchets provenant du centre sont incinérés au centre.

Les CPN sont gratuites mais les carnets de CPN et vaccination sont vendus à des prix réceptifs à 700 FCFA et 100 F CFA.

Dans la pharmacie on trouve des médicaments en DCI dont la source d'approvisionnement est la PPM (Pharmacie Populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

Le centre ne dispose pas d'ambulance, cependant il possède une moto sanili pour le médecin chef et deux vélos pour l'unité planning familial.

1-6 Organisation fonctionnement :

Chaque jour du lundi au vendredi les activités du centre commencent à partir de huit heures. Elles sont assurées par leurs personnels. La consultation du médecin commence de huit heures à seize heures. Les CPN et les consultations post natales ont eu lieu tous les mardis, les mercredis et les jeudis. Elles commencent par les prises de constantes (la TA, le poids la taille) par une aide soignante ensuite l'interrogatoire et les examens physiques proprement dits sont assurés par une sage femme et ou par une infirmière obstétricienne. Les vaccinations des enfants et des femmes enceintes se font tous les lundis et vendredi par les aides soignantes.

Le planning familial et le dépistage du VIH/SIDA se déroulent du lundi au vendredi.

La permanence dans ce centre est assurée par l'équipe de garde composé de : un étudiant en médecine, un infirmier de garde pour les consultations de soins ;

- Une sage femme ou une infirmière et une matrone pour les accouchements
- Un gardien

Cette équipe travaille sous la supervision du médecin chef qui habite dans la cours CSCOM.

2-Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 27 Mars 2007 au 31 Mai 2007 soit une période de 2 mois.

3-Type d'étude :

L'étude étant qualitative, elle a porté sur 200 cas de CPN effectuée pendant la période. Elle a été inspiré du postulat d'Adevis DONABEDIAN [11] sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4-Critère de jugement

Nous nous sommes référé aux documents ci après ;

- Politique sectorielle au Mali ;
- Politique des normes et procédures en CPN au Mali

5-Echantillonnage ;

5-1 Critère d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude

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

5-2 Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude

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

5-3 Technique et déroulement de l'échantillonnage :

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

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible) Les gestantes ont été ensuite reçues isolément pour recueillir leurs opinions sur les présentations reçues.

6- Collecte des données

Elle a été faite selon des questionnaires individuels dont un pour :

- L'étude de la structure sanitaire.
- L'opinion des gestantes.
- L'observation des consultations prénatales.

La technique de collecte des données a été faite par interview et par lectures des documents tel que les carnets et ou les registres de CPN.

L'étude de la structure a reposé sur un recueil rétrospectif des données du centre de santé. Elle a consisté en une description des capacités de production (locaux, ressources humaine équipement du centre) ; et celle de la description de l'organisation du travail. L'étude des procédures en une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des gestantes en ce qui concerne les prestations qui leur sont offertes par le personnel du centre santé.

7 -Population d'étude : Il s'agit ;

- Du personnel chargé de la CPN
- Des gestantes ayant fréquenté le centre au cours de la période d'étude
- De la structure du CSCOM-ADASCO

7-1 Les variables étudiées

7-1-1 Sur la structure :

Pour étudier le niveau de la qualité des centres de santé nous avons étudié les exigences suivantes ;

- Les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre) ;
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- L'équipement de la salle (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination) ;
- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation salle de petite chirurgie) ;
- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement qualification du personnel
- La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement qualification du personnel et mode d'approvisionnement)
- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement, propriété)
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence du robinet ou de puits de chasse d'eau et de poubelles)
- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau public, un groupe électrogène ou des panneaux solaires)

7-1-2 Sur les procédures de la CPN :

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

- Identification de la consultante
- Identification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- Accueil et langue de communication
- L'interrogatoire
- L'examen physique
- La demande des examens complémentaires ; groupage sanguin, rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologie de rubéole et toxoplasmose, le BW (pour la syphilis, test de l'urine a la recherche, d'albumine de sucre, échographie.
- Le respect de l'hygiène au cour de la grossesse, travail ménager, alimentation, repos.
- Les relations humaines (rapport entre le prestataire et la gestante)
- Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, supplémentation en fer et acide folique)
- Les conseils à donner
- L'hygiène de la consultation ;
- Les facteurs de risque
- La référence en cas de nécessité ;
- Le rendez-vous
- L'enregistrement des donnes de la gestante

7-1-3 Sur l'opinion de la gestante

Ce sont des informations reçues par les gestantes à la suite de la CPN par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés sont :

- Le moyen utilise pour accéder au centre de santé

- Le critère de choix ayant motivé la gestante à fréquente le centre de santé ;
- L'organisation pratique et la commodité de la CPN ;
- Le motif de la fréquentation antérieur du centre de santé par la gestante ;
- La nature de l'accueil au cour de la CPN ;
- La satisfaction des gestantes sur l'état des locaux ;
- La prescription des examens complémentaires et des médicaments ;
- La vaccination anti tétanique.

8- La procédure de l'enquête

Le déroulement de l'enquête a été le suivant :

- Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.
- L'opinion des gestantes a été demandé a la sortie de la salle de consultation après l'observation.

9-Plan d'analyse des données

Les données ont été saisies sur Epi Info Version - 6 04 Fr et analysées sur SPSS 12 Fr

10-Niveau de qualité de la structure

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sanitaire ont été définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain. Ces références ont été en rapport avec :

- Les normes architecturales :
 - Les matériaux de la construction
 - Etat du local
 - Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

- Le dispositif en place pour l'accueil ;
 - L'existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées
 - La présence et la qualification de la personne chargée de l'accueil ;
 - L'existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :
 - Structure de la salle,
 - Matériel technique de bonne qualité ;
- L'existence et la fonctionnalité du laboratoire
 - L'équipement
 - Personnel
 - Formation du personnel
 - Faisabilité du bilan du CPN
- Le dépôt de médicament :
 - Normes architecturales
 - Equipements,
 - Mode d'approvisionnement
 - Formation du personnel
- Etat des toilettes
 - Normes architecturales
 - Equipement
 - Propreté
- Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets
 - Robinet ou puits
 - Poubelles
 - Incinérateurs
- Le système d'éclairage et la communication
 - Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet

- Réseau public, groupe électrogène

11-Système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères ci hauts identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de la qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les dix références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.
- Niveau III : 75 à 94,99% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99
- Niveau II : 50 à 74,99% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99
- Niveau I inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20
- Le niveau de qualité des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des valeurs discriminatoires.

L'analyse a porté sur deux échelles :

Une première échelle où les CPN sont dites :

- De bonne qualité si toutes les qualités discriminatoires sont réalisées
- De moins bonne qualité : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisées

Une deuxième échelle où les CPN ont été classe en quatre niveaux de qualité :

- Elevé (Q4) :95 à 100% des gestes de la dimension sont réalisées

- Assez élevé (Q3) 75 à 94,99 des gestes de la dimension sont réalisées
- Moyen (Q2) : 50 à 74,99 des gestes de la dimension sont réalisées.
- Faible (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisées.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonnes ou d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

Les critères de ce classement ont été :

- Niveau IV : 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau III : 50 à 74,99% des gestantes reçoivent prénatals de bonne et d'assez bonne qualité
- Niveau II : 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne ou d'assez bonne qualité
- Niveau I : moins de 25% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne ou d'assez bonne qualité.

V- RESULTATS

1-Etude descriptive et analytique de la structure :

Tableau I : Niveau de la qualité des structures du centre de santé communautaire de l'association de Daoudabougou pour la santé communautaire (CSCOM-ADASCO).

REFERENCES	NIVEAU DE QAULITE					OBSERVATIONS
	A	B	C	D	Score	
1-Norme architecturales	+				4	Respecte toute les normes architecturales pour un CSCOM
2-dispositif d'accueil et orientation		+			3	Existence de personnel et de pancarte pour l'orientation dans le centre
3-Structure, équipement, unité de consultation prénatale		+			3	Matériel technique incomplet, pas de thermomètre, pas de gestogramme
4-Equipement en salle d'attente		+			3	Condition d'attentes assez favorables
5-Unite annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin et salle de garde
6-Fonctionnalite du laboratoire		+			3	Tout le bilan prénatal est faisable ici mais la protection contre la poussière est insuffisant (pas de vitre)
7-Pharmacie			+		2	Protection contre la poussière est insuffisante (pas de vitre)
8-Etat des toilettes	+				4	Propres et bien entretenus
9-Systeme d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets	+				4	Réseau public approvisionnement en eau, existence d'un incinérateur
10-Systeme d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public assure l'éclairage .Téléphone fixe et mobile pour la communication
	Score total				34	

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

+ désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (sc.max)= 40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 :95-100% sc.max soit 38 à 40.

Niveau 3 : 75-94% sc.max soit 30 à 37,99.

Niveau 2 : 50 à 74% sc.max soit 20 à 29,99.

Niveau 1 : moins de 50% sc.max soit moins de 20.

Le score total obtenu est de 34(85%)

La structure est de niveau III c'est-à-dire que les références évaluées sont satisfaisantes à 85%

2- Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

TABLEAU II : Répartition des gestantes selon les tranches d'âges

Tranches d'âges	Fréquences	Pourcentages %
Inférieur à 16 ans	5	2,5
16 à 23 ans	107	53,5
24 à 35 ans	79	39,5
Supérieur à 35 ans	9	4,5
Total	200	100

- La tranche d'âge 16-23 ans a été la plus représentée 53,5% des cas,
- Les âges extrêmes étaient 15 ans (2,5%) des cas et 44 ans (0,5% des cas)
- L'âge moyen était de 30 ans (5,5% des cas)

TABLEAU III : Répartition des gestantes selon leur profession

Profession	Fréquences	Pourcentages%
Ménagère	116	58,0
Commerçante	41	20,5
Artisans	21	10,5
Elèves	9	4,5
Aide ménagère	8	4,5
Fonctionnaires	3	1,5
Etudiantes	2	1
TOTAL	200	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 116 cas sur 200 soit 58%

TABLEAU IV : Répartition des gestantes selon leur niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Fréquence	Pourcentage %
Non scolarisées	87	43,5
Ecole coranique	40	20,0
Niveau primaire	59	29,5
Niveau secondaire	13	6,5
Niveau supérieur	1	0,5
TOTAL	200	100

Les femmes non scolarisées et celle qui ont abandonné l'école depuis le niveau primaire représentaient respectivement 87 cas et 59 cas soit 43,5% et 29,5%

TABLEAU V : Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage %
Mariées	193	96,5%
Célibataires	7	3,5%
TOTAL	200	100

Les femmes mariées représentaient 193 cas sur 200 soit 96,5%

TABLEAU VI : Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Fréquences	Pourcentages
----------------	-------------------	---------------------

Primigeste	42	21,0
Pauci geste	77	38,5
Multi geste	48	24,0
Grande multi geste	33	16,5
TOTAL	200	100

Les pauci gestes représentaient 38 ,5% des cas. Nous avons noté 5,5% de mort nés (11 cas) 15,5% de fausses couches (31 cas). 6 antécédents de césarienne, pas d'accouchement instrumental

TABLEAU VII : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Fréquences	Pourcentages
Nullipare	45	22,5
Primipare	39	19,5
Pauci pare	69	34,5
Multipare	32	16,0
Grande multipare	15	7,5
TOTAL	200	100

Les pauci pares représentaient 34,5% des cas. Nous avons noté 2 cas (1 %) de hauteur utérine excessive, 1 cas de drépanocytose (0,5%), de grossesse gémellaire, d'hydramnios aiguë et de taille inférieure à 150 cm.

TABLEAU VIII : Répartition des gestantes selon le moyen de transport utilisé pour accéder à l'ADASCO

Moyen de transport utilisé	Fréquences	Pourcentages
A Pied	174	87,0
Par véhicule collectif (Sotrama, Bus)	12	6,0
Par mobylette	9	4,5
Par véhicule personnel	3	1,5

Par taxi	2	1,0
TOTAL	200	100

La majorité des gestantes 87,0% venaient à pied pour leur CPN

3-Etude descriptive des procédures des CPN :

TABLEAU IX : Répartition des prestataires selon leur qualification

Qualification	Fréquences	Pourcentages
Sage femme	120	60,0
Infirmière obstétricienne	40	20,0
Matrone	40	20,0
Total	200	100

La majorité des CPN (60,0%) a été réalisée par les sages femmes

TABLEAU X : Répartitions des prestataires selon leur statut professionnel

Statut professionnel des prestataires	Fréquences	Pourcentages
Contractuels	191	95,5
Stagiaires	9	4,5
TOTAL	200	100

Les contractuels étaient les plus représentés avec 95,5% des cas de CPN réalisées.

TABLEAU XI : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Fréquences	Pourcentages
1-CPN	93	46,5
2-3-CPN	99	49,5
4-CPN	8	4,0
TOTAL	200	100

Les gestantes qui étaient à leur 2^{ème} ou 3^{ème} CPN et celle à leur 1^{er} CPN représentaient respectivement 49,5% et 46,5% des cas.

TABLEAU XII : Répartition des gestantes selon la durée des CPN en minute

Durée de la CPN	Fréquences	Pourcentage
Moins de 5mn	65	32,5
5-10 mn	122	61
Plus de 10mn	13	6,5
TOTAL	200	100

La durée des CPN était comprise entre 5-10mn dans 61% des cas

NB : cette durée concerne seulement l'examen physique

TABLEAU XIII : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse

Histoire de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Détermination de l'âge de la grossesse	145	72,5
Détermination de la DPA	41	20,5

Ecoulement vaginal	71	35,5
Vomissements	68	34,0
Détermination de la DDR	43	21,5
Survenue de dyspnée	36	18,0
Fatigue	22	11,0
Survenue de palpitation	20	10,0
Troubles urinaires	16	8,0

La DDR n'était connue que dans 21,5% des cas

L'écoulement vaginal était le signe le plus retrouvé avec 35,5% des cas

TABLEAU XIV : Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil

Condition d'accueil	Fréquences	Pourcentage
Invite à s'asseoir	199	99,5
Solution conforme aux convenances sociales	199	99,5
Manifestation d'intérêt pour la gestante	200	100
Solution d'usage au départ	199	99,5
Bonne attitude envers les gestantes	200	100

L'accueil était de niveau élevé (niveau IV).

TABLEAU XV : Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen physique

L'examen physique	Effectifs absolus N=200	Pourcentage
Pesée effectuée	200	100
Mesure taille effectuée	200	100
Tension artérielle prise	200	100
Recherche de la boiterie	0	0
Aide a monter sur la table	3	1,5
Examen des conjonctifs	200	100
Auscultation cardiaque	0	0
Auscultation pulmonaire	0	0
Palpation de l'abdomen	197	98,5
Mesure de la hauteur utérine	181	94,5
Auscultation de BDCF	174	87,0
Mouvements actifs du fœtus recherchés	154	77,0
Pose de spéculum	2	1
Recherche de métrorragie	6	3
Toucher vaginal	200	100
Recherche d'œdème	91	45,5
Examen du bassin	4	2,0
L'éclairage était suffisant	200	100

TABLEAU XVI : Répartitions des gestantes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectifs absolus N=200	Pourcentage %
Albumine dans les urines	171	85,5
Sucre dans les urines	171	85,5
Test d'Emmel	93	46,5
Groupage rhésus	72	36
NFS	1	0,5
Sérologie toxoplasme	93	46,5

BW	93	46,5
Echographie	93	46,5
Dépistage du VIH	101	50,5
Electrophorèse de l'hémoglobine	1	0,5
Test de coombs indirect	1	0,5

Albumine et sucre dans les urines a été le plus demande chez les gestantes avec 85,5% des cas.

TABLEAU XVII : Répartition des gestantes selon les prescriptions des traitements préventifs

Prescription des traitements préventifs	Effectifs absolus N=200	Pourcentage %
Fer/acide folique	198	99,0
SP	98	49,0
VAT	187	93,5

Le fer/acide folique était le plus prescrit chez les gestantes avec 99,0% des cas.

TABLEAU XVIII : Répartition des gestantes selon les conseils donnés

Conseils donnes	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
MST/SIDA	127	63,5
Sur le repos	86	43,0
Planning familial	30	15,0
Pas de conseils donnés	21	10,5

Le conseil sur MST/SIDA était le plus donne au gestantes soit 63,5 des cas.

TABLEAU XIX : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liées à l'hygiène de la consultation

Gestes liés a l'hygiène de la CPN	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
Le praticien a porté des gants ou un doigtier	200	100
Le matériel a-t-il été change à la fin de l'examen physique (gants, doigtier, spéculum)	200	100
Tissu posé sur la table	200	100
Tissu est -il différent d'un examen à l'autre	25	12,5
Le praticien s'est lavé les mains avant l'examen	41	20,5
Présence de solution de décontamination	200	100

- Le praticien se lavait les mains d'un examen à un autre dans 20 ,5% des cas.
- Le tissu posé sur la table d'examen était presque le même sauf dans 12,5 % des cas où les gestantes étalaient leur propre tissu.

TABLEAU XX : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité

Respect de l'intimité	Fréquences N=200	Pourcentages %
Absence de tierce personne pendant l'examen physique	192	96,0
Aucune entrée et sortie non justifiée des personnels au cours de l'examen physique	187	93,5
L'examen était à l'abri des regards	192	96,0

Le respect de l'intimité était de niveau élevé (niveau IV)

TABLEAU XXI : Répartition des gestantes selon le recueil des paramètres de continuités de soins

Paramètre de la	Effectifs absolus	Pourcentages %
continuité des soins	N=200	
Date de la prochaine consultation a été précisé	187	93,5
L'évolution de la grossesse a été expliquée	184	92,0
Signes d'alertes ont été expliqué	9	4,5

La date de la prochaine consultation de la grossesse était expliquée aux gestantes.

TABLEAU XXII : Répartition des gestantes selon la conclusion des prestataires

Conclusion des prestataires	Fréquences	Pourcentages %
Gestantes non classées à risque	156	78,0
Groupe à risque	31	15,5
Référence vers un établissement	13	6,5
TOTAL	200	100

Au terme de la conclusion : les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 15,5% des cas.

- une référence vers un autre établissement dans 6,5% des cas.

TABLEAU XXIII : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés

Facteurs de risque	Effectifs absolus	Pourcentages %
	N=200	
Antécédent de fausse couche	31	15,5

Grande multipare	15	7,5
Antécédent de mort né	11	5,5
Age<16	5	2,5
HTA	2	1
Rhésus négatif	3	1,5
Hauteur utérine excessive	2	1
Taille<150cm	1	0,5
Drépanocytose	1	0,5
Grossesse gémellaire	1	0,5
Hydramnios	1	0,5

L'antécédent de fausse couche (15,5%) était le facteur de risque le plus retrouvé.

TABLEAU XXIV : Répartition des gestantes selon les critères évoqués pour le choix de ce CSCOM

Critères de choix du centre	Effectifs absolus N=200	Pourcentages
CSCOM proche du domicile	89	44,5
Sur conseil d'une connaissance externe	69	34,5
Personnel compétent	32	16
Connaissance d'un personnel dans ce centre	29	14,5
Personnel accueillant	25	12,5
Tarifs peu élevés	9	4,5
Attente pas trop longue	2	1,0
On peut acheter les médicaments à bon tarif	5	2,5

La proximité du CSCOM et le conseil d'une connaissance externe ont été les motifs les plus évoqués par les gestantes pour leur CPN avec respectivement 44,5 % et 34,5 % des cas.

TABLEAU XXV : Répartitions des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et les toilettes.

Etat des locaux et toilettes	Fréquences N=200	Pourcentages %
Locaux		
Vieux et propres	7	3,5
Nouveaux et propres	193	96,5
Etat des toilettes		
Propre	124	62,0
Ne sait pas	75	37,5

-Les gestantes ont apprécié l'état des locaux du CSCOM Nouveaux et propres dans 96,5 % des cas et l'état des toilettes propres dans 62,0 % des cas.

TABLEAU XXVI : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestantes prestataires.

Interaction gestantes prestataires	Effectifs absolus N=200	Pourcentages %
Réception agréable	192	96,0
Ordre de passage respecté	196	98
Attente confortable	195	97,5
Confidentialité	193	96,5
respectée		
Satisfaction des gestantes	192	96,0

L'observation de ce tableau montre que la qualité de l'interaction gestantes prestataires était satisfaisante.

TABLEAU XXVII : Répartition des gestantes selon le type de conseils reçu sur les conditions de l'accouchement

Type de conseils reçus	Effectifs	Pourcentages %
-------------------------------	------------------	-----------------------

sur les conditions de l'accouchement	absolus	
Non on ne m'a rien dit de particulier	181	90,5
On m'a dit de venir accoucher à la maternité	6	3
On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé	11	5,5
Césarienne prophylactique	2	1
TOTAL	200	100

Plus de la moitié des gestantes (90,5% des cas) ont affirmé que rien ne leurs a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Méthodologie :

Notre étude s'est déroulée dans le CSCOM-ADASCO, un quartier en commune V du district de Bamako, du 27 Mars 2007 au 31 Mai 2007 sur la qualité des consultations prénatales.

Elle a été faite selon le modèle Don abedian A. **[11]** évaluation des structures, des procédures et des résultats.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté le service de CPN pendant cette période.

Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure.
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- De recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité des gestes liées à la consultation prénatale.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte de soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie.

Ce qui nous a permis de situer le CSCOM-ADASCO par niveau de qualité.

- Nous n'avons pas eu de problème avec les gestantes par rapport au recueil de leur opinion.
- Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali.

2- Qualité des structures :

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4 : A, B, C, D.

Cette hiérarchisation a été faite selon les références dans lesquels un score a été attribué (Tableau I). Une observation a été faite sur chaque référence. Ainsi pour la norme architecturale la structure du CSCOM-ADASCO se présente comme suite :

La clôture était en bon état, la construction est faite en ciment, la cour est dallée. Il n'y avait pas de bonne protection contre la poussière au niveau de la pharmacie et du laboratoire (pas de vitre, mais seulement des grillages) cette poussière était soulevée en grande partie par les véhicules passant sur les routes avoisinant le centre.

L'équipement de la salle d'attente était assez satisfaisant. L'unité de CPN était aussi bien équipée mais ne contenant pas certains matériaux comme le gestogramme et le thermomètre.

Les locaux de la CPN étaient propres ainsi que toutes les toilettes et douches.

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

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSCOM-ADASCO a été classé niveau III car le score était de 34 sur 40 soit 85,0%.

Ce résultat est plus meilleur que ceux de Berthe A. **[2]**, de Fomba S. **[13]**, de Traoré MK. **[30]** et de kamissoko M. [16] où toutes ces structures ont été classées de niveau II.

Cela pourrait s'expliquer par le dynamisme des organes administratifs et de gestion de l'ADASCO et une bonne collaboration avec ses partenaires.

3-Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Ce volet est très important surtout dans la recherche de certains facteurs de risques. Ainsi 2,5% des gestantes avaient moins de 16 ans. Il eu a été de même chez Traoré MK **[30]**, taux inférieur à ceux de Konaté S **[17]** : 7,5%.

A cet âge le bassin de la jeune fille n'est pas mature, la grossesse constitue alors un risque majeur car le bassin est un élément précieux du pronostic de l'accouchement.

4,5% de celles-ci avaient plus de 35 ans, taux inférieur à ceux de Goïta N **[15]** : 11,5% et de Konaté S **[17]** : 6%.

L'âge supérieur à 35 ans constitue également un risque pour la grossesse car des études ont montré que le jeune âge et l'âge avancé sont les plus touchés par la mortalité maternelle et périnatale pour les enfants qui en sont issus **[32]**.

Plus de la moitié des gestantes (58%) étaient des ménagères, taux inférieur à ceux de Fomba S **[13]** : 84,5%, de Konaté S **[17]** : 80,5%, Kamissoko M **[16]** : 72,0% et de Goïta N **[15]** : 71,5%.

43, 5% de nos gestantes étaient non scolarisées en français et en arabe, taux inférieur à ceux de Goïta N **[15]** : 67,5%, Kamissoko M **[16]** : 66%, et de Fomba S **[13]** : 45,7%.

Une enquête mondiale sur la fécondité note que celle-ci est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Celles qui n'ont pas été scolarisées ont en moyenne deux fois plus d'enfants que celle qui ont atteint la 7^{eme} année ou plus de scolarité **[6]**.

Les célibataires représentaient 3,5% de l'échantillon, ce qui est inférieur à ceux de Goïta N **[15]** : 10,6%, Kamissoko M **[16]** : 8,6% et de Konaté S **[17]** : 6,5%.

La connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes ; car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse. Les antécédents obstétricaux ont été recherchés chez toutes nos gestantes.

Ainsi 21,0% de celles-ci étaient des primigestes. Il eu a été de même chez Kamissoko M **[16]**, taux supérieur à ceux de Fomba S **[13]** : 17,2% et de Goita N **[15]** : 12,5%.

Les grandes multigestes représentaient 16,5% de l'échantillon, taux supérieur à de Goita N **[15]** : 16,0%, de Konaté S **[17]** :14,5%, de Kamissoko M **[16]** : 12,0% et de Fomba S **[13]** : 5,17%.

Les nullipares représentaient 22,5% de l'échantillon taux inférieur à celui de Konaté S **[17]** :35,5% mais supérieur à celui de Kamissoko M **[16]** : 12%.

Les grandes multipares représentaient 7,5% des gestantes, ce résultat est inférieur à celui de Konaté S **[17]** :9,0% mais supérieur à celui de Kamissoko M **[16]** : 4,0%.

Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} grossesses. Elle est plus élevée pour la 1^{ère} grossesse et augmente à partir de la 5^{ème} grossesse **[19]**.

Dans notre série 15,5% des gestantes avaient fait au moins une fausse couche, taux supérieur à celui de Kamissoko M **[16]** : 12%.

L'antécédent de mort né a été retrouvé chez 5,5% des gestantes, résultat inférieur à celui de Kamissoko M **[16]** : 8%.

Le taux de mortalité périnatal est le moindre lorsque la femme n'a eu que des enfants vivant pesant plus de 2500grammes ; il est maximal chez les femmes ayant eu un ou plusieurs mort nés **[19]**.

L'hypertension artérielle a été la pathologie médicale la plus retrouvée avec 1% des cas, taux inférieur à celui de Kamissoko M **[16]** : 2%.

4-Etude descriptive des procédures des CPN

Dans notre étude les activités de CPN ont été réalisées par les sages femmes dans 60% des cas, les infirmières obstétriciennes et les matrones dans 20% des cas chacune.

Aucune CPN n'a été faite par un médecin. Ce résultat est différent de ceux de Konate S **[17]** et de Traoré MK **[30]** où toutes les CPN ont été réalisées par des sages femmes. Ce taux relativement élevé de personnel non qualifiés (les matrones) dans 20% pourrait s'expliquer par le départ d'une sage femme en congé qui a coïncidé avec notre période d'étude. Le cumul des sages femmes restantes dans la structure était de deux.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue -obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et de prendre en charge celle qui comporte de risque **[22]**

Dans notre étude 95,5% des cas de CPN étaient réalisées par des contractuels de l'ASACO contre 4,5% de stagiaires.

Ce résultat est presque le même que celui de Traore MK **[30]** où 4% des CPN étaient réalisées par les stagiaires.

Les CPN ont duré moins de 5 minutes dans 32,5% des cas (durée de l'examen physique). Ce résultat est meilleur à ceux de Goita N

[15] :56,5% Fomba S **[13]** : 60%. Le praticien doit prendre suffisamment de temps pour l'examen physique des gestantes si non il ne pourra pas respecter toutes les étapes de cet examen. Cette brièveté de la durée des CPN serait due à l'effectif pléthorique des gestantes dans les séances de CPN (en moyenne 30-35 par séances) et à l'impatience de

certaines gestantes qui devraient aller s'occuper de leurs travaux ménagers.

La DDR (Date des Derniers Règles) n'était connue que dans 21,5% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de Goita N **[15]** :11%, Konate S **[17]** : 0,5% et de Fomba S **[13]** :7,9%.Ce faible taux serait dus à la non scolarisation de nos gestantes (43,5%) et de l'abandon précoce des études depuis le niveau primaire par nos gestantes dans 45%.

La connaissance de la DDR permet quelque fois de déterminer l'âge de la grossesse et de faire un meilleur suivi de son évolution.

La DPA était connue seulement chez 20,5% des gestantes, taux supérieur à ceux de Goita N **[15]** : 3% et de Fomba S **[13]** : 1,8% des cas, mais différent de celui de Kamissoko M **[16]** : où aucune gestante ne connaissait sa DPA.

Seulement celles qui ont fait une échographie connaissaient leurs DPA, car les praticiens ne disposaient pas de gestogramme pour effectuer ce calcul à partir de la DDR.

La connaissance de la DPA permet à la gestante de prévoir à temps les ressources financières pour l'accouchement et d'identifier à temps les articles nécessaires pour l'accouchement.

L'accueil était de bonne qualité (niveau IV). Ce même constat a été fait par Goita N **[15]**. Ce résultat est différent de ceux de Kamissoko M **[16]** de koita M **[18]** qui ont trouvé cette qualité faible.

Le bon accueil tout en constituant un élément de qualité de soins permet de créer ou de susciter un climat de confiance et de respect entre la patiente et la prestataire.

Concernant l'examen physique, nous avons constaté que les gestes tels que la recherche de boiterie et l'auscultation cardio pulmonaire n'étaient

pas exécutés. Il eu a été de même chez Konate S **[17]**, Fomba S **[13]** Kamissoko M **[16]**, Goita N [15] et Traoré MK **[30]**.

Le spéculum n'a été utilisé que dans 1% des cas, taux nettement inférieur à ceux de Konaté S **[17]** :34,5%, de Traore MK **[30]** :8% et de kamissoko M **[16]** :2% ; mais différent de Fomba S **[13]** où aucune gestante n'a été examiner avec le spéculum, Ce faible taux d'utilisation voir nul d'utilisation de speculum dans notre étude est du à la négligence du personnel. Les autres éléments de l'examen physique tels que la mesure de la taille, les pesées, la prise de la TA, la recherche d'œdème, l'examen des conjonctives la mesure de la hauteur utérine la palpation abdominale l'auscultation des BDCF étaient effectuée chez la plupart des gestantes. Ces résultats sont similaires de ceux de Konate S **[17]**, Fomba S **[13]** et de Goita N **[15]**.

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Nous avons constater que le bassin n'a été apprécier que dans 2% des cas de notre échantillon .Ce taux est meilleur de ceux de Konate S **[17]**, Traoré MK **[30]**, Kamissoko M **[16]** Fomba S **[13]** et Goita N **[15]** où le bassin n'a jamais été apprécié.

L'examen du bassin est un élément précieux de cet examen, il est fondamental de respecter scrupuleusement cette étape.

A l'analyse de cet examen physique le CSCOM-ADASCO serait de niveau moyen (niveau II) et cela s'expliquerait dans notre étude par la négligence, le nombre insuffisant de personnels compétents (Sages femmes) qui était de 2 à notre période d'étude puisque la troisième venait de rentrer en conge au début de notre étude.

Le groupage rhésus, le test d'Emmel, le BW albumine/sucre dans les urines étaient systématiquement demander à la 1ere consultation prénatale.

Albumine/sucre dans les urines comme l'examen de routine au cour de la CPN était demandé dans 85,5% des cas, ce résultat est le même que ceux de Berthe A **[2]** et de Goita N **[15]**.

Le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (Transmission Mère Enfant du VIH) était de 50,5% dans notre étude. Ce taux moyen est due en faite que très souvent il y'avait une rupture de test rapide. Si non le dépistage était facilement accepter par les gestantes après le conseling. L'échographie représente aujourd'hui le plus important moyen de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Elle était demandée dans 46 ,5% des cas, taux supérieur à ceux de Goita N **[15]** : 29,0% et de Fomba S **[13]** : 1,7% mais inférieur à celui de Traoré MK **[30]** : 71,5%.

La quasi totalité des gestantes (99%) a bénéficié la prescription de fer et de l'acide folique. Il eu a été de même chez Berthe A **[2]** et kamissoko M **[16]** où toutes les gestantes ont reçu cette prescription, taux supérieur à celui de Konate S **[17]** : 22%.Ce résultat témoigne que la supplémentation en fer et en acide folique était assurée. Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (Sulfadoxine Pyrimethamine) a été prescrite chez 49,0% des gestantes. Ce taux est supérieur à celui de Goita N **[15]** : 28,5%.

Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que les contre indications de la SP était bien respectés (premier trimestre et neuvième mois de la grossesse).

Dans notre étude 93,5% de nos gestantes ont été vacciné contre le tétanos, ce taux est comparable à ceux pour Berthe A **[2]** : 100% et de Goita N **[15]** : 90,5%.

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les praticiennes ne se lavaient pas les mains d'un examen à un autre que dans 20,5%.

Le tissu étalés sur la table d'examen n'était différent d'un examen à l'autre que dans 12,5% des cas où les gestantes elles même étalaient leur propre tissu pour se faire examiner. Les gants étaient utilisés pour les touchers vaginaux, chaque gestante apportait ses gants.

Le respect de l'intimité était de niveau élevé donc de «niveau IV »

Ce résultat fort appréciable était aussi semblable à ceux de Konaté S **[17]** Kamissoko M **[16]** et Goita N **[15]** où l'intimité était préservé chez toutes les gestantes.

Au cours de cette étude, la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliqués aux gestantes avec respectivement 93,5% et 92,0% des cas. Ce résultat est proche à celui de Goita N **[15]** où la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées à toutes les gestantes.

Les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 22% des cas. Ce résultat est supérieur à ceux de Kamissoko M **[16]** : 7,0%, de Fomba S **[13]** : 0,9% et de Goita N **[15]** : 18,8%.

Au terme de la conclusion, une référence a été indiquée dans 6,5% des cas vers un autre établissement sanitaire et ce résultat est différent de ceux de Fomba S **[13]** et Kamissoko M **[16]** où aucune référence n'a été indiquée chez les gestantes.

La proximité du domicile familial et le conseil d'une connaissance externe ont été les critères de choix du CSCOM les plus évoqués par nos gestantes dans respectivement 44,5% et 34,5% des cas. Ce constat est différent de ceux de Kamissoko M **[16]** et de Traore MK **[30]** où plus de la moitié des gestantes évoquaient la proximité du domicile familial dans respectivement 88,0% et 59% des cas

Ce résultat est encourageant car les CSCOM sont créés dans le but d'approcher le plus possible les soins aux populations.

L'interaction gestantes prestataires était de bonne qualité donc de «niveau élevé» cela s'expliquerait par le respect de l'ordre de passage au cours de la CPN (98%), l'attente confortable selon 97,5% des gestantes, la réception était agréable selon 96% des gestantes et 96% de celles-ci ont été satisfaites de leur CPN. La confidentialité était respectée dans 96,5% des cas. Ce constat est également faite par Fomba S **[13]** et kamissoko M **[16]**.

Plus de la moitié des gestantes (96,5%) ont affirmé que les locaux de la CPN étaient nouveaux et propres. Au niveau des toilettes 62% des gestantes affirmaient qu'elles étaient propres.

Ce résultat témoigne que l'hygiène du centre intéresse bien les locaux ainsi que les toilettes. Cette remarque est différente de celle de Fomba S **[13]** et de Traore MK **[30]** où l'hygiène du centre n'intéressait pas assez les toilettes.

Dans notre étude seulement dans 9,5% des cas les gestantes étaient informées sur les conditions de l'accouchement dont 6,5% de ces gestantes étaient référées vers un autre établissement sanitaire

Ce résultat est différent de ceux de Fomba S **[13]** et Kamissoko M **[16]** où toutes les gestantes avaient affirmé que rien ne leurs a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CSCOM ADASCO est de niveau III c'est-à-dire que les références évaluées sont assez satisfaisantes mais souvent limitées par quelques problèmes qui sont l'absence de vitre au niveau du laboratoire et de la pharmacie (protection contre la poussière est insuffisante), les matériaux techniques étaient incomplets (pas de gestogramme, pas de thermomètre dans la salle de CPN, le tissu posé sur la table d'examen était presque le même).

Le centre ne dispose pas d'ambulance (il est assisté par celle du CSREF C V).

L'étude a également révélé que les CPN étaient assurées en majorité par des sages femmes (niveau III).

Ainsi des éléments tels que l'auscultation cardio-pulmonaire, examen des bassins ont été ignorés.

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

L'examen physique, le centre a été classé de moyen niveau (niveau II). Car tous les gestes techniques n'ont pas été pratiqués par les prestataires.

En tenant compte de l'opinion de nos gestantes et notre observation réelle, le respect physique et psychique (l'accueil) ainsi que le respect de l'intimité et de confidentialités étaient de niveau élevé (IV).

L'hygiène de la consultation était de niveau faible (niveau I)

Les examens complémentaires (groupage rhésus, test d'Emmel, BW, albumine/sucre dans les urines) étaient systématiquement demandés à la première consultation.

Le test de VIH après conseil était fortement demandé mais la rupture des tests rapides limitait souvent sa demande.

La prescription des soins préventifs (Vaccination anti tétanique, la supplémentation en fer et acide folique, ainsi que la chimioprophylaxie à la SP chez les gestantes en dehors du premier trimestre ou neuvième mois de la grossesse) était de niveau élevé (niveau IV)

2- recommandations

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

2.1. Aux personnels de santé :

- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, sur les facteurs de risques, et les avantages à débiter la CPN au premier trimestre.
- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et le médecin en associant ce dernier aux prises de décisions.
- Renforcer davantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire que l'examen physique.
- Renforcer la qualité des CPN en vue de détecter les grossesses à risque.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains après chaque examen, et en étalant un tissu à chaque examen.
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le système de « protégé ».

2.2. Aux Autorités sanitaires :

- Equiper les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN et doter la salle d'accouchement en matériel adéquats et suffisants : les spéculums, lampe électrique, gants ...
- Sensibiliser les parents sur l'inconvénient des mariages précoces
- Doter le centre d'une ambulance.

2.3. Aux autorités politiques et Administratives :

- Bitumer les routes avoisinant le centre afin d'éviter la poussière soulevée par les véhicules.
- Promouvoir la scolarisation des filles.
- Rendre fonctionnel le système de prise en charges des démunis.

2.4. Aux consultantés :

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

VIII-Références

1. Anonyme :

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

2. Berthé A. : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina salemougou dans la commune I du district de Bamako, Thèse de médecine 2004, N° 20 , 81P

3. Blu MC : L'évaluation médicale à l'hôpital

In crenn Hebert, premier séminaire d'évaluation en gynécologie obstétrique à l'AP-HP, résumé des interventions et des débats. Paris Délégation à l'évaluation APIMAP, 1993 : 6-7

4. Catalogue de bonnes pratiques en santé de la reproduction au Mali : 2^{ème} édition, Bamako, Avril 2003

5. Cellule de planification et de Statistique : Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire de Bamako (Koulouba) 1995-2000.

6. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale : Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43

7. Division santé familiale : Programme de santé familiale, plan quinquennal 1988_1992, Mali, Décembre 1987

8. Division Santé et Communautaire /Ministère de la Santé :

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

9. Djilla. B : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravido puerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 -1988), Thèse de médecine Bamako 1989 ; N° 54

10. DNSI-CPS/MSSPA : Enquête Démographique et Santé du Mali, EDSM IV Mali 2006

11. Donabedian Adevis:

- Exploration in assessment and monitoring, Vol I
- The definition of quality and approaches to it's assessment health administration presse an Arbor? Michigan, 1986

12. Drabo A : Les ruptures utérines à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostique materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 Cas Thèse de médecine 2000 -M-07 131pages

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

14. Formation continue de sages femmes : (1994 /1995, 1996/1997), Direction Nationale de la santé publique (mission française de coopération et d'action culturelle au Mali : Ecole secondaire de la santé projet Maternité sans risque.

15. Goita N. : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Médecine 2006. M210.102P

16. Kamissoko M. : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalaban coro , zone périurbaine de Bamako, Thèse de médecine, Bamako, Mali , 2004, 59P-87-M87.

17. Konaté S : Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako .Thèse médecine 2002, M33.56P.

18. Koita M. : Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaire publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako, Thèse médecine, 2001, M41.129P.

19. Merger R, Lévy J, Melchior J : Précis d obstétrique 6 ème éd, étude clinique de la grossesse, Paris, Masson, 1995 : 583 pages

20. OMS : Série de rapport technique 780 (1989), Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.

21. OMS (Chronique) : Mortalité maternelle, soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-2002(Genève 1986)

22. OMS : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars-Juillet 1992-N°8-12P

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

24. OMS : Rapport sur la santé dans le monde : donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant, Edition de 2005-261P.

25. Pop. Sahel. CERPOD INSAH CILSS : Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. Population à l'an 2000. Bamako, 2 ème édition. Août 1990.N°3.

26. Renforcer les soins obstétriques pour une maternité sans risque : Atelier collectif pré congrès CISF/OMS/UNICEF, Norvège, 23-26 Mai 1996 P1.

27. Source d'information DNSI : Recensement général de la population et de l'habitat (Avril 1998)

28. Talibo A. : Contribution de la consultation prénatale pour l'identification et la prévention des facteurs de morbidité maternelle

évitable dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 1998 N°29

29. Tall. M : Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 1996 N° 31.

30. Traore MK : Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la commune de Banconi. Thèse de Médecine, Bamako 2001. M.49 121 Pages.

31. MSF, Ballardur O., Bizieau O. : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} éd. Paris : Hatier ; 1992. 222 pages.

FICHE D'ENQUETE

A- OBSERVATION DES CPN

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

Q11 Date d'observation.....

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

Caractéristiques de la gestante (si demandées)

Nom..... Prénom.....

Q3 Age (ans)

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

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

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

Q7 Etat matrimonial Célibataire 2 marie 3 Veuve, 4 Divorcée

Q8 Résidence

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

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

1 oui non si oui quel facteur ?

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

Q11 Nombre de CPN réalisées

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge les gestantes

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

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

Accueil

Q14 Langue de communication Français 2 Bambara, Autre

Q15 Consultante comprenait elle la langue 1 oui, 2 non

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

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales 1 oui ,2 non

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

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

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

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

Q21 Profession du mari agriculteur, 2 commerçantes, 3 fonctionnaires, 4 manœuvres, 5 autres.

Q22 Distance parcourue pour venir au centre

Antécédents obstétricaux

Q23 Gestité 1oui, 2 non R

Q24 Parité 1 oui, 2 non R

Q25 Fausse couche oui, 2 non R

Q26 Vivant 1 oui 2 non R

Q27 Mort nés 1 oui 2 non R

Q28 Décédés 1 oui 2 non R

Q29 Causes des décès 1 oui 2 non

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

Q31 Césarienne 1 oui 2 non R

Q32 Forceps, ou Ventouse : 1ouinon R

Q33 Eclampsie oui 2 non

Q34 Autres

Antécédents Médicaux

Q35 Infection urinaire 1=oui 2=non R

- Q36 HTA : =oui 2=non R
Q37 Diabète 1=oui 2=non R
Q38 Affection cardiaque 1=oui 2=non R
Q39 Tuberculose 1=oui 2=non R
Q40 MST 1=oui 2=non R
Q41 Drépanocytose : 1=oui 2=non R
Q42 Autres : 1=oui 2=non R
Q43 Si Autres précision :

Détermination de la date d'accouchement :

- Q44 Détermination de la date probable d'accouchement onue 2=inconnue
Q45 Détermination de la date des dernière règles : =connue 2=inconnue
Q46 Détermination de l'age de la grossesse : 1=connue 2=inconnue

Déroulement de la grossesse

- Q47 Fièvre : =oui 2=non R
Q48 Vomissement 1=oui 2=non R
Q49 Fatigue 1=oui 2=non R
Q50 Vertige 1=oui 2=non R
Q51 Survenue des palpitations 1=oui 2=non R
Q52 Survenue des dyspnées 1=oui 2=non R
Q53 perception mouvement bébé (MAF) : 1=oui ; 2=non R=
Q54 Survenue d'œdèmes : 1=oui ; 2=non
Q55 pertes liquidiennes : 1=oui ; 2=non R=
Q56 Ecoulement vaginal : 1=oui ; 2=non R=
Q57 Métrorragie 1=oui ; 2=non R=
Q58 Troubles urinaire : 1=oui ; 2=non R=

Hygiène de vie pendant la grossesse

- Q59 Questions sur le travail professionnel ménager : 1=oui ; 2=non
Q60 Questions sur le travail ménager : =oui ; 2=non
Q61 Alimentation : 1=oui, adaptée à la grossesse ; 2=non adaptée
Q62 Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse) : 1=d2=non

Examens cliniques :

- Q63 Avec vous expliquer le déroulement de la consultation ? ui ; 2=non
Q64 Pesée : 1=oui 2=non R=
Q65 Mesure de la taille : 1=oui 2=non R=
Q66 Recherche d'une boiterie : 1=oui 2=non R=
Q67 Aider à monter sur la table : 1=oui 2=non
Q68 Examen des conjonctives : 1=pale ; 2=Moyennement colorées ; 3=Colorées

- Q69 Mesure de la TA : cm 1=oui 2=non R=
- Q70 Consultation cardiaque : 1=oui 2=non R=
- Q71 Consultation pulmonaire : 1=oui 2=non R=
- Q72 Palpation de l'abdomen : 1=oui 2=non R=
- Q73 Mesure HU (hauteur utérine) : 1=oui 2=non R=
- Q74 Auscultation bruit du cœur fœtal: 1=oui 2=non R=
- Q75 Position fœtus : 1=Céphalique ; 2=Siège ; 3= Transversal ; 4=Autres
- Q76 Examen au spéculum : 1=oui ; 2=non R=
- Q77 Toucher vaginal : 1=oui ; 2=non R=
- Q78 Recherche œdèmes : 1=oui ; 2=non R=
- Q79 Aide à descendre : 1=oui ; 2=non R=
- Q80 L'éclairage était-il suffisant : 1=oui ; 2=non R=
- Q81 Examen à l'abri des regards : 1=oui ; 2=non R=

Examen para clinique

- Q82 A-t-on demandé des examens para cliniques ? : 1=oui ; 2=non
- Q83 A-t-on expliqué pourquoi ? : 1=oui ; 2=non
- Q84 Si oui à-t- on expliquer ou aller ? : 1=oui ; 2=non

Vaccination

- Q85 A-t-on demandé le carnet de vaccination ? : oui ; 2=non
- Q86 A-t-on proposé une vaccination ? : oui ; 2=non
- Q87 La consultation a-t-elle classé la grossesse à risque ?

Prescription

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

Relations humaines

- Q90 Gentillesse du ton : 1=Bon ; 2= Mauvais
- Q91 Attitude envers la gestante =Bon comportement ; 2= Mauvais comportement
- Q92 Manifestation d'intérêt pour la consultation 1= 2=non
- Q93 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? : 1=oui ; 2=non
- Q94 pendant ou au décours de l'examen a-t-on explique à la gestion l'évolution de la grossesse ? : 1=oui ; 2=non
- Q95 A-t-il demandé à la consultation de revenir ? : =oui ; 2=non
- Q96 Lui a-t-il précisé quand : 1=oui ; 2=non
- Q97 présence de tierce personne pendant la consultation : 1=non =oui plusieurs sages femmes 3=oui d'autre membre du personnel 4= oui , par des accompagnants ; 5=oui ; d'autre personnes(à préciser).....
- Q98 Nombre total de personnes dans la salle :
- Q99 y a-t-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation
1=oui ; 2=non

Conseils

Q100 A-t-on donné des conseils : 1=non ; 2=Sur le repos ; 3=alimentation
4=planning familial ; 5=MST/SIDA ;6=Autres.....

Q101 A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'il survenait : 1=oui ; 2=non

Q102 Si oui quels sont les signes d'alerte : 1=Métrorragie ; 2=Douleur abdominale
intense ; 3=perte liquidienne ; 4=Autre (à préciser)

Hygiène de la consultation

Q103 un tissu est-il posé sur table d'examen ? 1=oui ; 2=non

Q104 Si oui est-il fourni par le centre ? 1=oui ; 2=non

Q105 est-il différent des femmes précédentes : 1=oui ; 2=non

Q106 le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante ? 1=oui ; 2=non

Q107 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier : 1=oui ; 2=non

Q108 A la fin de la consultation le matériel est-il changé ? 1=oui ; 2=non

Q109 le matériel est-il correctement nettoyé ? 1=oui ; 2=non

Q110 le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui ; 2=non

Q111 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1=oui ; 2=non

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

Conclusion

Q113 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? Si oui laquelle ? 1=RAS ; 2=Classement
dans un groupe à risque ; 3= Référence vers un autre établissement.

Q114 Référence vers un autre établissement : 1=oui ; 2=non

Q115 Non de l'établissement de référence.....

Q116 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1=oui ; 2=non

Q117 Si elle appartient à un groupe à risque le lui a-t-il annoncé ? 1=oui ; 2=non

Q118 Lui a-t-il ou aller accoucher ? 1=oui ; 2=non

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

B- Opinion sur les CPN

Examen du carnet de grossesse :

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

1. Terme de la grossesse

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

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

2. Modalité du transport.

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

5= autres(à préciser) :.....

3. Critères de choix du centre :

Opc5 pourquoi avez vous choisi ce centre ?

1= parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4= parce que le personnel est compétent

5= parce que le personnel est accueillant

6= parce que les tarifs sont peu élevés

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

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

9= autres raisons :

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

3= oui, plusieurs fois

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

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

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

Opc10 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ? : non ; 2= oui ;

3= oui, mais sales ; 4= oui, et propre ; 5= ne sait pas

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

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

Opc13 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ?

1=oui ; 2=non

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

Opc15 votre intimité a-t-elle été respecté ? : oui ; 2= non

3= si non pourquoi ?.....

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

Opc17 Avez vous été satisfaite ? 1= oui ; 2= non

3= si non pourquoi ?.....

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

Opc19 Si non avez consulté la première fois ? :

1= dans le service prénatal d'un autre établissement ; 2=dans ce même service

Opc20 pourquoi avez vous changé de service prénatal ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opc26 si non pourquoi ?.....

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

4= Autres(à préciser) :.....

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

Opc 30 comment devrez vous procurer de ces médicaments ?:

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

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

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

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

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

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

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

5= Césarienne prophylactique

Fiche Signalétique

Nom : Traoré

Prenoms : Issa

Titre de la Thèse : Evaluation de la Qualité des consultations prénatale dans le centre de santé communautaire (ADASCO) de Daoudabougou en commune V du district de Bamako

Année universitaire : 2008-2009

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologique et obstétricale

Résumé de la thèse :

L'étude menée dans le centre de santé communautaire (ADASCO) de Daoudabougou en commune V du district de Bamako du 27 Mars 2007 au 31 Mai 2007 a été transversale pour l'observation des CPN et l'opinion des gestantes sur la dite activité et rétrospective pour l'étude des structures.

Cette étude a révélée que :

- Par rapport aux structures et l'organisation du travail, elles sont adaptées par rapport aux activités qu'elles sont sensées d'abriter (niveau III) .Le dispositif d'accueil et d'orientation sont d'un niveau élevé (IV).
- Par rapport au CPN, elles étaient de ressort des sages femmes en majorité (niveau III). Les conseils sur MST/SIDA étaient les plus donnés
- L'interrogatoire, les gestes techniques, l'autonomisation des gestantes et de la continuité des soins étaient d'un niveau acceptable.

- L'hygiène de la consultation était de moins bonne qualité ; par rapport à la demande des examens complémentaires, elle était d'un niveau assez élevé (niveau III).
- Le respect physique et psychique des gestantes étaient de niveau élevé (niveau IV).
- Le respect de l'intimité et de la confidentialité étaient élevés (niveau IV).

Mots clés : Qualité des soins, consultations prénatales, centre de santé communautaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!