

**MNISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE BAMOKO  
\*\*\*\*\***

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple Un But –Une Foi**

**FACULTE DE MEDECINE DE  
PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**Année Universitaire : 2006-2007**

**Thèse N°.....**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES  
CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE  
DE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA**

**THESE :**

***PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ...17 /03/2007***

***DEVANT***

***LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE***

***PAR***

**Mr PIERRE KAMATE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT**

**Jury :**

**Présidente : Professeur SY Aissata SOW**

**Membres : Docteur Niani MOUNKORO**

**Docteur BINTA KEITA**

**Directeur de Thèse : Professeur Mamadou TRAORE**

## DEDICACES

**Je dédie ce travail à :**

A Dieu le père le tout puissant et miséricordieux, à Jésus Christ le rédempteur et sauveur de l'humanité.

C'est par ton amour que je suis sauvé et je vis par ta grâce. Je te remercie infiniment pour ton souffle de vie en moi et je te glorifie car tu en es digne.

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

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

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

A mon beau pays, le MALI : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

**A mon feu père Jacques KAMATE :**

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à nos yeux.

Puisse ce travail honoré à jamais ta mémoire.

**A ma mère Sah Constante COULIBALY :**

Ta combativité, ton courage et ta générosité resteront pour nous un repère sûr.

Puisse ce travail être le début du couronnement de tes années de

souffrance. Que le seigneur Jésus christ te bénisse.

**A mes oncles et tantes feu Théophile KAMATE et son épouse feu Esther Dakouo ; feu Silas DAO et son épouse feu Marthe KAMATE ; feu Kadiatou COULIBALY :**

Ma joie serait plus grande si vous étiez présent parmi nous

**A mon oncle Jean Baptiste KAMATE et ma tante Awa**

Ce travail est le fruit de vos soutiens, encouragements et votre affection sans faille. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et ma sincère reconnaissance.

Que le seigneur Jésus christ vous bénisse.

**A ma tendre et bien aimée fiancée Sara. A. DIARRA**

Ce travail est le fruit de ton soutien, encouragements et ton affection sans faille. Veuille trouver ici l'expression de mon amour et ma sincère reconnaissance.

Que le seigneur Jésus christ te bénisse.

**A mes oncles et Tantes KAMATE, COULIBALY, TRAORE, DIONE, SOUMARE et mes beaux parents. Plus particulièrement Mathe et les Jumeaux**

Ce travail est le votre

**A ma grande mère Feu Awa COULIBALY**

La rigueur et l'éducation étaient ton genre pour la réussite de tes petits enfants. Ce travail est tien

A mes frères ; sœurs ; cousins et cousines : Kamaté, Dao et Coulibaly.

Ce travail est le vôtre. A vous tous mon sentiment fraternel.

## REMERCIEMENTS

### **A tout le personnel de la FMPOS**

Pour le noble et difficile service patriotique que vous rendez à ce pays tous les jours.

### **Au corps professoral de la FMPOS**

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

**A mes Maîtres formateurs :** Dr SANOGO Abdoulaye, Dr TRAORE Mamadou, Dr SANGARE Fanta KANTE, Dr COULIBALY Ami GOITA, et Dr MAGASSA N'tian, Dr DIARRA Souleymane, Dr KONE Moussa  
Dr Rémi Arama

Merci pour l'encadrement.

**Aux internes :** COULIBALY M. ; COULIBALY A. K. ; SANOGO M. ; TOUNKARA S. ; DOUMBIA A. ; KONE B. ; MAIGA H. ; DJIEYE M. ; KANTA S. ; KAYENTAO A.K. ; KONARE F. Ce travail est le votre.

Je vous en serai toujours reconnaissant.

**A Dr OUATTARA Ali ; Dr GOITA Daouda ; Dr KONATE Sakoba ; Dr COULIBALY Damissa et Dr GOITA Nagna**

Toute ma sympathie et reconnaissance.

**A tout le personnel du centre de santé de référence de Koutiala.**

Pour la collaboration et la disponibilité de tout.

**A tout le personnel de l'unité CPN**

Merci pour la collaboration.

**A Soussaba COULIBALY dite Nah et la famille Dembélé**

Vous avez contribué par votre soutien moral et votre affection sans faille. Veuillez retrouver ici l'expression de mon attachement et de ma

sincère reconnaissance.

A la communauté chrétienne de l'église Baptiste de Niamakoro cité UNICEF

Vous m'avez soutenu dans la prière.

Que le seigneur vous bénisse

A tous mes amis de Djelibougou ; Ouolofobougou ; Kalaban coura ; Niamakoro ; Faladiè ; 300Logements et Badalabougou plus particulièrement à Asaph TRAORE et famille, Marcel Diassana et famille, Joël KAMATE et famille et Boubacar KONE.

Votre affection ne m'a jamais fait défaut.

Que le Seigneur vous bénisse

A mes collègues camarades de promotion et autres cadets

Merci pour tout.

A Mme Haoua DIALLO de la division santé de la reproduction

Merci pour votre apport tout au long de ce travail.

Que Dieu vous bénisse

## HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

*A notre maître et présidente de jury Professeur SOW Aissata SY  
Professeur titulaire de gynéco obstétrique à la faculté de médecine,  
de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.*

*Chef du service de gynécologie et obstétrique du centre de référence  
de la commune II.*

*Cher maître et tante*

*Nous sommes honorés par votre présence en acceptant de présider  
ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Nous avons été séduits par votre disponibilité, votre souci pour la  
cause des étudiants et de la formation médicale.*

*Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité de ce  
travail.*

*Recevez cher maître notre plus grand respect.*

*A notre maître et membre de jury Docteur Niani Mounkoro  
Spécialiste en gynéco obstétrique.*

*Assistant chef de clinique au centre hospitalier universitaire Gagriel  
TOURE.*

*Nous avons apprécié votre simplicité, votre esprit de tolérance et de  
compréhension. Vos qualités intellectuelles et humaines font de vous  
une référence. L'honneur que vous nous faites en acceptant de  
juger ce travail nous comble.*

*Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde  
reconnaissance.*

*A notre maître et membre de jury Docteur Binta KEITA*

*Spécialiste en gynécologie obstétrique.*

*Chef de la division santé de la reproduction à la direction nationale  
de la santé.*

*La simplicité et la disponibilité sont autant de qualités que vous incarnez ainsi que votre accueil maternel fait de vous un exemple à suivre.*

*Recevez, cher maître et tante, notre reconnaissance et notre plus grand respect*

*A notre maître et Directeur de thèse Professeur Mamadou TRAORE  
Professeur agrégé en gynéco obstétrique à la faculté de médecine de  
pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.*

*Secrétaire général adjoint de la société africaine de gynécologie et  
obstétrique (SAGO).*

*Membre du réseau malien de la lutte contre la mortalité maternelle  
Médecin chef du centre de référence de la commune V du district de  
Bamako.*

*Chef du service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de  
la commune V.*

*Cher maître, votre rigueur sans rancune, votre souci constant du  
travail bien fait, votre faculté d'écoute, votre disponibilité et votre  
respect de la personne humaine ont forcé notre admiration.*

*Maître ouvert, travailler à vos cotés a été une très grande chance  
pour nous.*

*Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profonde  
reconnaissance.*

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES :

<b>ANDEM :</b>	AGENCE NATIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DE
<b>ASACO :</b>	ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
<b>ATCD :</b>	ANTECEDENTS.
<b>BDCF :</b>	BRUITS DU CŒUR FCETAL.
<b>BPN :</b>	BILAN PRENATAL
<b>BW :</b>	BORDE WASSERMANN.
<b>CAT :</b>	CONDUITE A TENIR.
<b>CCC :</b>	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.
<b>CPN :</b>	CONSULTATION PRENATALE.
<b>Cscom :</b>	CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
<b>CSRef :</b>	CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
<b>DCI :</b>	DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE.
<b>DDR :</b>	DATE DES DERNIERS REGLES
<b>DSR :</b>	DIVISION SANTE DE LA REPRODUCTION
<b>ECBU :</b>	EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES.
<b>HTA :</b>	HYPERTENSION ARTERIELLE.
<b>HU :</b>	HAUTEUR UTERINE.
<b>IST :</b>	INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISIBLE. L'EVALUATION MEDICALE
<b>MII :</b>	MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE D'INSECTICIDE
<b>NFS :</b>	NUMERATION FORMULE SANGUINE.
<b>OMS :</b>	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
<b>ONU :</b>	ORGANISATION DES NATION UNIES
<b>PA :</b>	PLAN D'ACCOUCHEMENT
<b>PNP :</b>	POLITIQUE NORMES ET PROCEDURES
<b>PPM :</b>	PHARMACIE POPULAIRE DU MALI.
<b>SONU :</b>	SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCES.
<b>SP :</b>	SULFADOXINE PYREMETHAMINE.

**TA :** TENSION ARTERIELLE.  
**TPI :** TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTANT.  
**USA :** ETATS-UNIS D'AMERIQUE.  
**VAT :** VACCIN ANTI TETANIQUE.  
**VIH :** VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE.

## SOMMAIRE

<b>1) INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2) OBJECTIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>3) GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>4) METHODOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
<b>5) RESULTATS .....</b>	<b>19</b>
<b>6) COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>47</b>
<b>7) CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>8) RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES.....</b>	

# INTRODUCTION ET OBJECTIFS

## 1 - INTRODUCTION

Le drame lié à l'accouchement reste encore une réalité dans la plupart des pays en voie de développement. Un dicton Tanzanien dit « ...je vais à l'océan pour chercher un enfant. Le voyage est long et je ne suis pas sûre de revenir.... ». Cette triste déclaration des femmes au moment de leur accouchement devra nous inciter d'avantage à faire en sorte que l'accouchement soit un acte propre et sûr à travers des C.P.N de qualité comprenant la préparation de plan d'accouchement impliquant l'ensemble des parties prenantes : prestataires, soignants villageois, communautés, familles et femmes enceintes.

L'issue dramatique de l'accouchement est soulignée par cet autre proverbe Bambara : « La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort ».

Si le suivi de la grossesse n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement de l'accouchement est un passage forcé du moins souhaiter par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles.

En Afrique, l'enfant est un critère de valorisation sociale pour toute femme. Chaque jour au moins 1.600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute ; ce qui représente 585.000 décès maternels par an [1]. Un quart des femmes souffrent toute leur vie de lésions douloureuses, dégradantes et humiliantes suites à des accouchements (Fistule vesico-vaginales).

-En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient

faire la C.P.N et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme. Exemple à Bamako (Mali) : 86,5% par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins. [29]

Au Mali les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins sont très limités :

-En 1999 l'évaluation de la qualité de la C.P.N effectuée par Koita [10] dans les communes V et VI du District de Bamako a montré que les services souffraient de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés aussi de la très faible productivité du personnel et le manque de formation permanente [10].

-En 2001 une étude faite par Konaté sur la qualité des C.P.N au Centre de Santé de Référence de la commune II a révélé que les C.P.N souffraient de certaines insuffisances comme l'absence de préparation à l'accouchement et à l'allaitement, la faible qualité des dimensions humaines et des gestes techniques, l'absence d'un centre d'accueil et d'orientation, le faible niveau de la qualité de la continuité des soins et l'autonomisation de la femme enceinte et un faible équipement de l'unité de la C.P.N [9].

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

-La promotion de la contraception :

-Le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) Où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence,

-La formation du personnel socio sanitaire pour offrir un service de qualité ;

-L'établissement des normes et procédures des services pour

l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant ;

-L'existence de la couverture sanitaire, le renforcement de la performance des services de santé ;

-La lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le développement de la participation communautaire.

Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs ci-après de l'enquête démographique et de santé de (2001) [6] :

- 1 -Taux de mortalité maternelle : 582décès pour 100.000 naissances vivantes
- 2 -Taux de mortalité néonatale : 57 pour 1000,
- 3 -Taux de mortalité infantile 133 pour 1000,
- 4 -Taux de mortalité périnatale : 55,76 pour 1000,
- 5 -Taux de mortalité juvénile : 131,86 pour 1000,
- 6 -Taux de mortalité infanto juvénile : 242,23 pour 1000.

Devant ces chiffres accablants, nous nous sommes interrogés sur les causes de la persistance d'un tel phénomène. C'est ainsi que nous avons pensé que la qualité des soins dispensés aussi bien pendant la grossesse que pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

Au Mali, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la qualité de la surveillance prénatale des soins procurés pendant l'accouchement [9] [10] [30] au niveau du district de Bamako.

Mais aucun d'entre eux n'a été réalisé spécifiquement à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. C'est pour cette raison que la présente étude a été initiée afin d'évaluer la qualité de la consultation prénatale.

## 2 -OBJECTIFS

### 2-1- Objectif général :

1 Evaluer la qualité des CPN (consultations prénatales) au centre de santé de référence de Koutiala (Région de Sikasso).

### 2-2-Objectifs spécifiques :

- 1 Déterminer le niveau actuel des structures au niveau du centre de santé de référence de Koutiala
- 2 Décrire les procédures en consultations prénatales.
- 3 Analyser les résultats.
- 4 Proposer des recommandations

# GENERALITES

### 3- GENERALITES

#### 3-1. Historique de la consultation prénatale :

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

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

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. En effet, le risque de mourir d'une grossesse en Afrique de l'ouest atteint 1020 pour 100.000 naissances [1] [8] alors que celui du Canada était de deux décès pour 100.000 naissances en 1985 [8]

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

« Je vais à l'océan chercher un enfant, le voyage est long, et je ne suis pas sûre de revenir » [8].

**Au Mali**, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [2].

Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [3]. Les principales causes de mortalité maternelle sont :

- Les hémorragies ;
- les infections ;

- les dystocies ;
- les avortements provoqués ;
- les problèmes de santé persistants tels que l'anémie, le paludisme ;
- l'hypertension artérielle et ses complications telles que l'éclampsie.

Ce taux élevé de la mortalité maternelle pourrait s'expliquer par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire ;
- l'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
- la faible utilisation des services (C.P.N, accouchement..) ;
- le faible niveau économique des populations ;
- le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- l'insuffisance des références ou évacuations tardives.

En effet, au Mali, seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [3].

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

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

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

En Suède : 7décès pour 100.000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300décès pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [4].

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

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

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution, les pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle. Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicales et sociale) a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [5].

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

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

- 1 Interventions chirurgicales ;
- 2 Anesthésie ;
- 3 Traitements médicaux ;
- 4 Transfusion sanguine ;
- 5 Techniques manuelles ;
- 6 Planification Familiale ;
- 7 Prise en charge des grossesses à hauts risques ;
- 8 Soins néonataux spéciaux.

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

- la vulgarisation des soins prénataux ;
- l'amélioration des conditions de vie des populations.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir du travail de Donabedian en 1966, puis dans les pays Anglo-Saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll., Lacronique Armogathe et Weeil.

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière.

### **3-2. Définitions :**

#### **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 risque et bénéfices " (DONABEDIAN) " [25].

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

#### **\* L'évaluation :**

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

**\* La surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N) :**

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

- O La vérification du bon déroulement de la grossesse et le dépistage tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains,
- O Traitement ou l'orientation de la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- O L'établissement du pronostic de l'accouchement, la prévision des conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

**\*La consultation prénatale dite récentrée :**

1. Concept

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

Elle reconnaît que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent.

Toutes les femmes enceintes doivent recevoir les mêmes soins de base et chaque CPN doit être menée par un personnel qualifié (sage-femme,

médecin, infirmière) ou tout autre personnel qualifié ayant les compétences.

## 2. Principes de la CPN recentrée /soins prénatals focalisés

-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.

-à la promotion de la santé.

### **\*Les normes :**

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

### **\*Les procédures**

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

### **\*La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais 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 motivée, mais ni accidentelle, ni fortuite.

### **\* Le 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.

### **\*Le calendrier des consultations prénatales :**

-première visite : avant la 16<sup>ème</sup> semaines (avant la fin du 4<sup>ème</sup> mois) ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

-deuxième visite : entre la 24<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaines (entre le 6<sup>ème</sup> et le

7<sup>ème</sup> mois) ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.

-troisième visite : à 32 semaines (8mois).

-quatrième visite : à 36semaines (9mois), pour un total de 2 visites pendant le troisième trimestre.

-autres visites : si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence selon les antécédents, les résultats des examens, ou en fonction de la politique locale.

**\*Le traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine - pyriméthamine (SP) :**

-deux doses de 3 comprimés chacune espacées d'un à toutes les femmes enceintes dès l'apparition des mouvements actifs.

Une seule dose comprend 3 comprimés de 500mg de sulfadoxine +25mg de pyriméthamine.

- une dose au 4<sup>ème</sup> puis une autre au plus tard au 8<sup>ème</sup> mois.

-ne pas donner de SP au 1<sup>er</sup> trimestre et au 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse ainsi qu'en cas d'allergies aux sulfamides. La prise de SP et de Fer doit être espacé de une semaine

**\* La grossesse :**

C'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

**\* Le facteur de risque :**

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.

**\* La grossesse à risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques.

**\* 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 besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et ou de l'accouchement [30]. Cette définition coïncide avec 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-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

**\* L'aire de santé ou secteur sanitaire :**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

**\* La carte sanitaire :**

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

**\* Le paquet minimum d'activité (PMA) :**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, de la consultation prénatale et

post-natale avec accouchements et vaccinations.

**\* 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.

**\* La référence :**

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.

**\* Le plan de l'accouchement :**

Un plan d'accouchement est la préparation pour l'accouchement qu'une mère et sa famille mettent en place pendant la grossesse.

Le but du plan d'accouchement est d'assurer :

- Un accouchement à moindre risque et propre.
- Une action prompte en cas de problèmes.

Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées. La forme et le contenu dépendent du niveau d'éducation de la femme, des pratiques locales communautaires, du lieu de l'accouchement et des prestataires de soins de santé.

- **Les composantes du Plan de l'accouchement**

-Définir un lieu pour l'accouchement

-Identifier un prestataire de soins compétent,

-Savoir comment contacter ce/cette prestataire

-Prévoir comment se rendre sur le lieu d'accouchement

-Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence

-Choisir la personne qui va accompagner la femme jusqu'au lieu

d'accouchement et lui tenir compagnie

-Nommer la personne qui va s'occuper de la famille pendant que la femme est absente

-Identifier la personne qui autorisera la femme à aller à la maternité

- Etablir un plan/système pour le financement de l'accouchement

- Préparer un plan pour les complications éventuelles

- Définir la somme d'argent qu'il faudra prévoir et comment la récolter

- Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement (mère et le bébé)

-Reconnaître les signes de danger et de travail.

# METHODOLOGIE

## 4. METHODOLOGIE

### 4-1. Cadre d'étude : Le cercle de Koutiala :

#### \*Historique

Créé en 1903 après la pénétration française, Koutiala est une déformation de « koulé Dianka » ce qui signifie en minianka le village des fils de Koulé .Ce vieux village malien devenu ville au XIX<sup>e</sup> siècle, connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966. Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 (Koutiala - Alençon).

#### \*Aspect géographique :

- **Situation géographique :**

Au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et la République de la Côte d'Ivoire, Koutiala est le chef lieu du cercle (préfecture) situé à 129 Km de Sikasso, siège de la 3<sup>e</sup> région économique du Mali.

Il est limité :

- au nord et au nord-ouest par le cercle de San et de Bla (région de Ségou)
- au sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso.
- à l'est par le cercle de Yorosso.
- à l'ouest par le cercle de Dioila.

Le cercle de Koutiala a une superficie de 12270km<sup>2</sup> et compte six (6) arrondissements et la commune de Koutiala.

- **Relief :**

La ville est située dans une plaine au site verdoyant.

- **Climat :**

Le climat est de type soudanien avec des précipitations importantes atteignant 900 à 1000mm de pluie par an. La savane constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont entre autres : le karité, le néré, le baobab, le cailcedrat, le tamarinier, le balanzan, le kapokier et le fromager.

- **Hydrographie :**

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise en quelques cours d'eau négligeables alimentant les affluents du fleuve Niger.

On peut citer comme rivières : le Pimpedogo et le Koni qui s'écoulent du sud vers le nord.

- **Voies de communication :**

Elles sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

- 1- L'axe Ségou - Koutiala - Bobo-Dioulasso
- 2- Et l'axe Mopti- Koutiala- Sikasso.

La ville dispose d'un central téléphonique (depuis 1987) et la téléphonie mobile en plus de sept radios libres (Kayira, Yèrèdon, Jamana, Wassa, Wessou, Koulé FM et Miankala) qui contribuent à l'IEC en santé des habitants du cercle de Koutiala

- **Population :**

Koutiala est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako avec une population de 529 349 habitants pour une population de femmes en âge de procréer estimée à 116457 repartis en 240 villages et un taux d'accroissement de 2,7, soit une densité de 30 habitants/km<sup>2</sup>. Koutiala compte 36 communes dont une urbaine. Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et plus particulièrement les

miniankas (majoritaires autochtones) et les dionkas, les bobos et les senoufos.

Le dialecte de la majorité est le minianka tandis que le bambara demeure en fait la langue de liaison la plus répartie.

- **Religion :**

Trois cultes dominent la religion du cercle. Il s'agit (par ordre de priorité) de l'Islam, du Christianisme et de l'Animisme.

- **Economie - Finance**

Le cercle de Koutiala a une économie rurale particulièrement agropastorale. Le cercle est souvent présenté comme étant la capitale malienne du coton (ou or blanc) qui joue depuis l'indépendance un rôle très important dans l'évolution économique des paysans du cercle de Koutiala.

- **Industrie- commerce**

L'installation des deux grandes unités industrielles : la CMDT (usines d'égrenage) et L'HUI COMA est liée à la production cotonnière. La ville dispose en plus de la FAMAB : Fabrique malienne d'aliment bétail ; d'une usine de fabrication de pneus ; d'une brasserie de boissons sucrées, d'une laiterie et de quelques boulangeries modernes.

L'installation des banques (BNDA, BDM, BIM, BOA) et des caisses d'épargne kafo jiguineu et condo jiguima...) et les facilités de transport ont favorisé le développement du commerce.

Koutiala est devenu une plaque tournante dans une région agricole prospère.

- **Infrastructure socio- sanitaire :**

Sur le plan sanitaire, le cercle en plus d'un Centre de santé de référence (CSRef) est divisé en 42 aires de santé dont quatre (4) aires urbaines et deux (2) périurbaines (ville de Koutiala).

La ville dispose en outre : de deux cliniques médicales privées et d'un cabinet médical privé, d'un dispensaire du souvenir (ancien combattant), d'un centre médical inter entreprise, un cabinet dentaire et d'un centre hospitalier femmes -enfants confessionnel.

Il existe aussi dix (10) officines de pharmacie privée, un dépôt de médicament de la pharmacie populaire du mali (structure étatique chargée de ravitailler le cercle en médicament essentiel).

Sur les 42 aires de santé, 32 sont fonctionnelles en 2006, ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de santé de premier échelon fonctionnel appelé centre de santé communautaire (CSCOM)

La gestion des CSCOM est assurée par les communautés à travers les associations de santé communautaire ASACO qui sont « propriétaires ». Toutes les aires de santé gravitent autour du centre de santé de référence (hôpital de district) qui se trouve dans la ville de Koutiala.

Le fonctionnement du CSRef de Koutiala est assuré par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.

#### **4-2. Composition de la maternité du Centre de Santé de Référence de Koutiala :**

- Unité accouchements /suites de couches ;
- Unité CPN (consultations prénatales) ;
- Unité PF (planning familial) et consultations post-natales ;
- Unité chirurgie et consultations gynécologiques (l'unification

de ces deux entités est due au fait que tous les, médecins à tendance chirurgicales sont des anciens internes des services de gynécologie obstétrique);

L'unité de consultation prénatale est dirigée par le chef d'unité (Sage femme), aidé par cinq infirmières obstétriciennes et les stagiaires.

#### **4-3. Les populations étudiées :**

##### **4-3-1- Etude des structures :**

Il s'agit des structures et équipements en place

##### **4-3-2- Etude des procédures et résultats :**

- 1 Comment les CPN sont assurées et par qui ;
- 2 L'opinion des gestantes.

#### **4-4. Période de l'étude :**

Elle s'est déroulée du 01 Juillet 2006 au 30 Septembre 2006.

#### **4-5. Unité statistique /critère d'inclusion et de non inclusion :**

Notre étude a porté systématiquement sur 150 gestantes qui se sont présentées au centre pour la consultation prénatale (CPN) pendant notre période d'étude. Elle a concerné l'accueil, les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de la CPN et l'opinion de la gestante sur la qualité de ces activités.

N'ont pas été incluses dans notre étude ; toute gestante ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire, toute gestante ayant refusé l'examen obstétricale pour raison de pudeur.

#### **4-6- Type d'étude :**

L'étude étant qualitative, nous avons recensé 150 cas de CPN pendant la période d'étude. Elle s'est inspirée de ce fait du postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services et comporte :

- 1 une étude des structures
- 2 une étude des procédures et résultats

#### **4-7- Critères de jugement :**

- La politique sectorielle de santé ;
- Les normes et procédures en C.P.N.

#### **4-8. Taille de l'échantillon :**

Comme l'étude était qualitative, elle a porté sur 150 gestantes qui se sont présentées au centre pour les consultations prénatales et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions.

#### **4-9. Support des données :**

La collecte des données fut réalisée sur :

- 1 un questionnaire " observation des C.P.N. "
- 2 un questionnaire " opinion sur les C.P.N. "

#### **4-10. Technique de collecte :**

Elle a consistée dans un premier temps en une observation des agents du centre (sage femme et infirmières obstétriciennes) au cours de la C.P.N. en notant la réalisation ou non des gestes techniques et dans un second temps à faire un entretien avec toutes les gestantes qui se sont présentées à la CPN au cours de la période d'enquête.

#### **4-11. Les variables étudiées :**

Les variables étudiées ont été :

##### **1 Etude des structures :**

Elle est basée sur un recueil rétrospectif des données de la maternité du centre.

Une description des capacités de production (locaux, Equipements et des ressources humaines).

Une présentation du système de tarification des soins.

## **2 Les CPN comportaient :**

- les caractéristiques de la gestante ;
- La qualification du personnel qui a pris en charge la gestante ;
- l'accueil ;
- le quantième de la C.P.N. ;
- la réalisation des gestes techniques à l'examen clinique ;
- les soins préventifs ;
- la recherche de facteurs de risque ;
- les prescriptions ;
- les relations humaines ;
- les conseils à la gestante ;
- les rendez-vous ;
- l'opinion de la femme sur la qualité des prestations.

## **3 l'analyse de l'opinion des prestataires :**

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

### **4-12. L'organisation des enquêtes :**

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

### **4-13. Plan d'analyse et de traitement des données :**

Les données sont saisies et analysées sur le logiciel EPI info 6.04 version française.

### **4-14. Niveau de qualité de la structure :**

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

### **Les normes architecturales**

- Matériaux de construction ;
- Etat du local ;
- Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

**Le dispositif en place pour l'accueil :**

- Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;
- Présence et qualification du personnel d'accueil ;
- Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

**La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :**

- l'organisation de la salle.

**L'existence et la fonctionnalité du laboratoire**

- Equipement ;
- Personnel ;
- Niveau de qualification du personnel.

**Le dépôt de médicaments :**

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Mode d'approvisionnement ;
- Formation du personnel.

**L'état des toilettes :**

- Normes architecturales ;
- Equipement ;
- Propreté.

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

- Robinet ou puits ;
- Poubelles ;
- Incinérateur.

**Le système d'éclairage et de communication :**

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

#### **4-15. Le Système de classement**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les treize références est de 47. Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV** : 95 à 100% de score maximal soit un score total 45 à 47
- Niveau III** : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 37 à 44,99
- Niveau II** : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 27 à 36,99
- Niveau I** : < 50% de score maximal soit un score total < à 27:

Le niveau de qualité des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. L'analyse a porté sur 2 types d'échelles :

#### **Une première échelle où les CPN sont dites :**

- De "bonne qualité" si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
- De "moins bonne qualité" si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

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

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

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

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

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

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

**Les critères de ce classement ont été :**

-**Niveau IV** : 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité;

-**Niveau III** : 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité

-**Niveau II** : 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité

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

# RESULTATS

## 5-RESULTATS

### 5-1. Etude des structures.

L'étude a comporté :

- 1 -Les données physiques (locaux, équipements), les données humaines ;
- 2 -La description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines).

L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Une salle (hangar) avec un banc servant d'accueil pour les gestantes, une pèse personne une toise ;
- Une pièce pour l'attente ;
- Une pièce servant de salle consultation et de counseling qui est systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première consultation prénatale). Le Counseling se fait dans la plus grande discrétion.

\* Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :

Unité de CPN compte : 1 armoire, 2 bureaux, 3 bancs, 1 table gynécologique.

\* Inventaire des petits équipements : il y a 1 tensiomètre, 1 stéthoscope biauriculaire, 1 stéthoscope obstétrical, 1 pèse personne, 1 toise, 15 spéculums de bonne qualité.

\* Le personnel de l'unité de CPN est composé de :

- 1 sage femme qui est la responsable,
- 5 infirmières obstétriciennes, et les stagiaires.

Les locaux sont en assez bon état.

\*Le système de tarification pour les consultations prénatales est de 500 Fcfa pour le carnet de consultation, 500Fcfa pour la consultation

prénatale et 100Fcfa pour le carnet de vaccination. Le coût total est de 1100 Fcfa pour toute la période des C.P.N.

Il y a un dépôt de médicaments où l'on trouve des médicaments en D.C.I. La source d'approvisionnement est la PPM (Pharmacie populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

**\* La logistique :**

Le centre disposait de 2 ambulances et de 2 véhicules 4X4 qui permettent la liaison entre le centre et les autres structures de santé.

**Tableau I : Niveau de la qualité des structures au CSRef de Koutiala.**

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales			+		2	Protection contre la poussière et les moustiques nulle
2. Dispositif d'accueil et d'orientation	+				4	Existence d'un bureau des entées
3. Structure/équipement unité CPN		+			3	Matériels techniques d'assez bonne qualité
4. Equipement de la salle d'attente		+			3	Salle d'attente équipée de qualité moyenne.
5. Unité annexe de consultation pour médecins			+		2	Matériel incomplet Salle de garde absente.
6. Unité d'hospitalisation suites de couche				+	1	8 lits pour 2 salles de propreté, d'aération et de ventilation insuffisantes matelas défectueux
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection insuffisante contre la poussière Initiative de Bamako (IB) est appliquée
8. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage sanguin Rhésus ; goutte épaisse ; taux d'hémoglobine.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée Propreté insuffisante
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique incomplet Absence de service de réanimation adéquat
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.	+				4	- Existence d'un incinérateur - D'un réseau public pour l'eau - Déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
12. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire			+		2	32 lits pour 10 salles assez propre, ventilation et protection anti-moustiques absentes
13. Système d'éclairage et de communication		+			3	- Réseau public d'électricité - Téléphone fixe, fax et RAC

Score maximal (Sc.Max) = 47

Niveau de qualité :

Niveau 4 = 95-100% SC. Max.soit 45 à 47

Niveau 3 : 75-94% SC.Max soit 44 ,99 à 37

Niveau 2 : 50-74% SC.Max soit 27 à 36,99

Niveau 1 : moins de 50% SC.Maxb soit moins de 27

Le centre est de niveau 3 (38), c'est-à-dire que les références évaluées sont assez satisfaisantes.

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

## 5-2- Etude des procédures

### 5-2-1- Etude descriptive :

#### -Caractéristique sociodémographique de l'échantillon :

**Tableau II** : Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu N=150	Pourcentage
15 -19 ans	40	26,67
<b>20-24 ans</b>	<b>70</b>	<b>46,67</b>
25-29 ans	20	13,33
30-34 ans	9	6
35-39 ans	8	5,33
40 ans et plus	3	2
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La population était majoritairement jeune avec 86,67% des gestantes qui avaient moins de 30ans. Quant aux adolescentes ; elles représentaient 26 ,67% de la série.

**Tableau III :** Répartition des gestantes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
<b>Non scolarisée en français</b>	<b>85</b>	<b>56,67</b>
Etudes coraniques	7	4,67
Primaire (français)	46	30,67
Secondaire (français)	10	6,66
Supérieur (français)	2	1,33
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans notre échantillon, 56,67% des gestantes n'étaient pas scolarisées en français.

**Tableau IV :** Répartition des gestantes en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
<b>- femmes au foyer</b>	<b>102</b>	<b>68</b>
- Vendeuses	30	20
- Fonctionnaires	4	2,67
- Aides ménagères	0	0
- Commerçantes	1	0,67
- Autres	13	8,66
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les gestantes au foyer ont été les plus représentées dans notre

échantillon avec 68% des cas.

Autres élève, étudiantes.

**Tableau V : Répartition des gestantes en fonction de la Gestité**

<b>Gestité</b>	<b>Effectif absolu</b> N = 150	<b>Pourcentage</b>
- Primigestes	10	6,67
- Pauci gestes	40	26,67
- Multi gestes	76	50,66
- Grande multi gestes	24	16
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les multigestes étaient majoritaires 50,66% de l'échantillon.

NB : primigeste= 1gossesse ; pauci geste= 2à3 grossesses ; multi geste= 4à6 grossesses ; grande multi geste=7grossesses et plus.

**Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction de la Parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectif absolu</b> N = 150	<b>Pourcentage</b>
- Primipares	34	22,67
- Paucipares	39	26
- Multipares	55	36,66
- Grande multipares	21	14 ,67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les Primipares représentaient 22,67% des cas

NB : primipare= 1accouchement; paucipare= 2à3 accouchements ; multi pare= 4à6 accouchements ; grande multipare=7accouchements et plus.

**Tableau VII** : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN :

<b>Nombre de CPN effectuées</b>	<b>Effectif absolu N = 150</b>	<b>Pourcentage</b>
0	25	16,67
<b>1-3</b>	<b>119</b>	<b>79,33</b>
4 et plus	6	4
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans 79,33% des cas, les gestantes avaient entre 1 à 3 CPN tandis que 16,67% des gestantes n'avaient pas fait de C.P.N. Seulement 4% des gestantes ont effectuées la C.P.N de façon adéquate selon les PNP.

**Tableau VIII** : Répartition des gestantes en fonction de la période de la grossesse

<b>Période de la grossesse</b>	<b>Effectif absolu N = 150</b>	<b>Pourcentage</b>
Premier trimestre	25	16,67
Deuxième	108	72
<b>Troisième trimestre</b>	<b>17</b>	<b>11,33</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans 11,33% des cas, les gestantes étaient au troisième trimestre de la grossesse.

### 5-2-2 Domaine de qualité

#### -Temps mis pour l'examen physique

**Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction de la durée de la C.P.N**

<b>Durée de la CPN en mn</b>	<b>Effectif absolu N = 150</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moins de 5 mn</b>	<b>42</b>	<b>28,00</b>
5-10 mn	97	64,67
Plus de 10	11	7,33
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans 28% des cas les CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes alors que la norme admise est d'au moins 15minutes.

**-Dimension humaine (interaction patiente soignant)**

**Tableau X** : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil.

<b>Conditions d'accueil (respect physique et psychique)</b>	<b>Effectif absolu N = 150</b>	<b>Pourcentage</b>
- Salutations	150	100
- Invite à s'asseoir	136	90,67
- Attitude du soignant	121	80,67
- Gentillesse du ton	148	98,67
- Manifestation d'intérêt pour la consultante	140	93,33
- Fixation de RDV et salutations au départ de la gestante	120	80

L'accueil était de bonne qualité.

**-L'intimité / confidentialité de l'examen :**

**Tableau XI :** Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité / confidentialité de la consultante.

Paramètres	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Absence de tierce personne pendant la consultation	147	98
Aucune entrées ni sorties injustifiées	9	6
- Présence d'autres membres du personnel (justifiées)	21	14
<b>- Présence d'accompagnatrice</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
- Entrées et sorties justifiées du personnel	141	94
- Examen à l'abri des regards indiscrets.	147	98

En dehors de la présence d'accompagnatrice (2% des cas) dans la salle pendant la CPN, les entrées et sorties injustifiées du personnel (6%) des cas); les autres paramètres du respect de l'intimité et de la confidentialité étaient de bonne qualité.

### 5-2-3- Démarche clinique et thérapeutique

**Tableau XII** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'identification, de la situation personnelle.

Paramètres d'identification et de la situation personnelle de la gestante	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Age	150	100
- Profession de la gestante	150	100
- Niveau de scolarité	150	100
- Profession du conjoint	65	43,33
- Lieu de résidence	150	100
- Durée de séjour à Koutiala	150	100
- Distance parcourue pour arriver au centre	0	0
- Moyen de transport utilisé pour venir au centre	35	23,33
- Echange avec la consultante pour mieux la connaître.	16	10,67

Ce tableau montre qu'en dehors de la distance parcourue les autres paramètres ont été identifiés.

**Tableau XIII** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD obstétricaux.

<b>Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux</b>	<b>Effectif absolu N = 150</b>	<b>Pourcentage</b>
- Nombre de grossesse	150	100
- Nombre d'accouchement	150	100
- Nombre de morts nés	150	100
- Nombre de naissances vivantes	150	100
- Demande état de santé des enfants	0	0
- Césarienne	100	66,67
- Forceps ou ventouse	0	0
- Nombre d'enfants décédés	150	150
- Nombre d'avortement	150	150
- Histoire des accouchements	0	0
- Accidents ou incidents au cours de la grossesse antérieure	0	0

Les ATCD comme : l'état de santé des enfants, l'application de ventouse ou Forceps, histoire des accouchements, notion d'accidents ou d'incidents au cours de la grossesse antérieure n'ont pas été demandés

lors des entretiens.

**Tableau XIV : Répartition des gestantes en fonction de la recherche des ATCD médicaux.**

ATCD médicaux	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Infection urinaire	141	94
<b>- HTA/Eclampsie</b>	<b>146</b>	<b>97,33</b>
- Diabète	0	0
- Affection cardiaque	109	72,67
- Asthme	0	0
-IST	0	0
- Drépanocytose	113	75,33
- Autres	0	0

L'ATCD d'HTA/Eclampsie a été recherchée dans 97,33% des cas.

**Tableau XV** : Répartition le des gestantes en fonction de la recherche des pathologies survenue au cours de la grossesse.

Recherche de pathologies	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Vomissement	103	68,67
- Fatigue	56	37,33
- Palpitation	12	8,00
- Dyspnée	27	18
- Oedème	150	0
- Pertes liquidiennes	2	1,33
- Leucorrhées	40	26,67
- Métrorragies	9	6,00
- Troubles urinaires	49	32 ,67
- Fièvre	113	75,33
- Douleur abdominale	150	10
- Autres	42	28

Les cinq éléments fondamentaux (**douleur abdominale, notion de fièvre, notion d'écoulement liquidien, notion de métrorragie, présence des mouvements actifs du fœtus**) ont été pris en compte.

**Tableau XVI :** Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'examen physique (**général et obstétrical**).

Paramètre de l'examen physique	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Prise du poids	150	150
- Mesure de la taille	150	150
- Recherche de boiterie	0	0
- Examen des conjonctives	150	100
- Prise de la TA	150	100
- Auscultation cardiaque	30	20
- Auscultation pulmonaire	30	20
- Examen du bassin	4	2,67
- Mesure de la HU	150	100
- Recherche des BDCF	150	100
- Recherche d'œdème des membres inférieurs	150	100
- Détermination de la présentation du fœtus	100	66,67
- Examen au spéculum	99	66
- Toucher vaginal	150	100
- A l'abri regards indiscrets	150	100
-Inscription du poids dans le carnet et dans le registre	150	100

La recherche de boiterie n'a nulle part été prise.

**Tableau XVII : Répartition des gestantes en fonction de la prévention des infections lors de la CPN.**

Paramètre de l'hygiène de la CPN	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Le tissu (pagne) appartient à la gestante.	80	53,33
- Le praticien se lave les mains après chaque examen.	139	92,67
-Serviette /tissu propre, sèche et individuelle	0	0
-Utilisation de gants à usage unique	0	0
- Utilisation de doigtiers	142	94 ,67
-Au moins une faute d'asepsie	150	100

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

**Tableau XVIII** : Répartition des gestantes selon les conseils /renseignements donnés à l'issue de l'examen.

Conseils	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Evolution de la grossesse	140	93,33
- Rendez vous	150	100
- Date de rendez vous	150	100
- Identification du lieu d'accouchement	58 63	38,67 42
- Raison du choix	140	93,33
- Explique les signes danger, de travail et la conduite à tenir	150	100

Les signes danger: saignement vaginal ; respiration difficile ; fièvre ; douleurs abdominales aiguës et maux de tête prononcés/vision trouble convulsions/Perte de conscience, et les signes de travail : contractions régulières, progressivement douloureuses, douleurs de la région lombaire, rayonnant du fond de l'utérus ; Pertes ensanglantées et la conduite à tenir avaient été précisés aux gestantes dans 100% des cas excepté la notion de convulsions/Perte de conscience et le caractère des contractions.

**Tableau XIX :** Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des paramètres relatifs à “ l’autonomisation de la consultante prénatale ”

Paramètres d’autonomisation	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Date probable d’accouchement	10	6,67
- Renseignement sur l’évolution /pronostic de la grossesse	146	97,33
- Expliquer les signes danger, de travail et la CAT	150	100
- Demande d’examens para cliniques’ (BPN)	150	100
- Expliquer les raisons de cette demande	109	72,67
- Identification du lieu d’accouchement	58	38,67
- Raison du choix sur le lieu d’accouchement	12	8

Des renseignements sur l’évolution et le pronostic de la grossesse ont été fournis dans 97,33% des cas.

**Tableau XX : Demande des examens para cliniques.**

Nature de l'examen demandé	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
- NFS	0	0
- Taux d'hémoglobine	10	6,67
- Groupe Sanguin Rhésus	102	68
- Sérologie VIH	89	59,33
- Echographie obstétricale	150	100
- Goutte épaisse	7	4,67
- BW	150	100
- Toxoplasmose	90	60
- Test d'Emmel	150	100
- Albumine /sucre dans les urines	150	100

La recherche de l'albumine /sucre dans les urines a été systématique. Toutes les gestantes ont bénéficiées d'une demande échographie (demande qui ne doit être fait qu'au besoin selon les normes de la CPN au Mali).

Par contre la sérologie VIH réalisée normalement après consentement a été recherchée dans 59,33% des cas après un counseling mal conduit. Plus que l'échographie la toxoplasmose, le taux d'Hb devrait être demandé surtout en milieu rural où le portefeuille est limité.

**NB :** Examens complémentaires recommandés en CPN recentrée :

- à la première CPN : Gs-Rh si nécessaire, le test d'Emmel, le taux d'Hb, le BW (titrage), albumine /sucre dans les urines, le test VIH après counseling.
- pour les autres consultations : demande albumine/sucre dans les urines

**Tableau XXI** : Répartition des gestantes en fonction des mesures préventives et thérapeutiques.

Médicaments prescrits et autres	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
SP	125	83,33
Fer	100	66,67
Acide folique	9	6
VAT	141	94
PA	150	100
M.I.I	99	66
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

L'observation des mesures préventives a été satisfaisante avec prophylaxies anti-palustre 83,33%, anti-anémique 66,67% et anti-tétanique 94%. Quand au plan d'accouchement toutes les composantes n'ont pas été prises en compte (donneur de sang, discussion avec la famille, plan d'épargne, identification d'un prestataire)

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

Groupe à risque	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
- Aucun	100	66,67
- Classement dans un groupe à risque.	39	26
- Référence vers un médecin.	11	7,33
- Référence vers un autre établissement.	0	0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans 26% des cas, les gestantes ont présenté un facteur de risque, seulement 11% des gestantes ont été référées au médecin (« les autres étant restées entre les mains du personnel de la CPN »).

#### 5-2-4 Répartition des gestantes en fonction de leur opinion

**Tableau XXIII** : Répartition des gestantes en fonction des moyens de transport utilisés pour se rendre au centre au centre.

Moyens de transport utilisés	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- A pied	120	76,67
- Taxi	2	1,33
- Véhicule personnel	3	2
- Autres moyens de transport	30	20
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Une forte proportion des gestantes venait à pied avec 76,67 % des cas.

Autres : vélo ; charrette ....

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

Questions explorées	Effectif absolu N =150	Pourcentage
- Respect de l'ordre de passage	117	78
- Mode d'installation :		
.Pas confortable	0	0
. Assez confortable	30	20
. Confortable	65	43,33
. Très confortable	55	36,67
-Ignore l'existence de toilettes.-	49	32,67
-Affirme l'existence de toilettes.	101	67,33
-Affirme l'existence de toilettes propres.	0	0
-Affirme l'existence de toilettes sales	101	67,33

Dans 78% des cas les gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté.

Aucune des gestantes n'a trouvée l'installation inconfortable.

**- Critères de choix du centre de santé de référence de Koutiala**

**Tableau XXV:** Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix.

Critères de choix	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
- Proximité du domicile	16	10,67
- Connaissance d'un personnel au centre	20	13,33
- Prise en charge rapide	2	1,30
- Compétence du personnel	90	60
- Personnel accueillant	10	6,67
-sur conseil d'une connaissance	12	8

La compétence du personnel a été le motif essentiel évoqué avec 60% des cas.

**Tableau XXVI** : Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure du centre.

Fréquentation du centre	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
- N'avait jamais fréquenté le centre	15	10
- Est venue une fois dans le centre	45	30
- Est venue plusieurs fois dans le centre	90	60
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Dans 60% cas les gestantes avaient déjà fréquentées le centre plusieurs fois.

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

Motif de fréquentation	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
- Consultations médicales	40	26,67
- Consultations prénatales (CPN)	95	63,33
- Accouchement	15	10
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La CPN a été le motif de fréquentation antérieure le plus souvent évoqué avec 63,33% des cas.

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

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

Opinions des gestantes	Effectif absolu N= 150	Pourcentage
Etat des locaux :		
- vieux et sales	5	3,33
- Récent et sales	0	0
- Vieux et propres	145	96,67
- Récents et propres	0	0
Satisfaction par rapport aux prestations :-		
- non satisfait	0	0
- Peu satisfait	4	2,67
- Satisfait	20	13,33
- Très satisfait	126	84
Consultation antérieure :		
- dans la même unité prénatale	131	87,33
- Dans l'unité prénatale d'un autre service	19	12,67
Motif de changement :		
- Coût trop élevé dans l'autre centre	0	0
- Déménagement	20	13,33
Autres raisons	130	86,67

96,67% des gestantes trouvent les locaux vieux et propres. 84% des gestantes ont eu beaucoup de satisfaction par rapport aux prestations. Autres : compétence ; proximité ; recommandation....

### 5-2-6-Etude analytique :

#### La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Appréciation du niveau de qualité dans le centre de santé de référence de Koutiala par rapport à l'interaction patient soignant.

**Tableau XXIX** : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestante -soignant

Qualité de l'interaction gestante soignante	Effectif absolu N = 150	Pourcentage
- Respect physique et psychique	75	50,00
- Respect de l'intimité	110	73,33
- Respect de la confidentialité.	138	92

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

## Distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patiente- soignant.

**Tableau XXX :** Niveau de qualité du centre de santé de référence de Koutiala sur le plan de la qualité du "respect physique et psychique des gestantes " ; "du respect de l'intimité" et "du respect de la confidentialité de l'examen" des gestantes.

Niveau	Q2		Q3		Q2+Q3		Niveau			
							I	II	III	IV
Respect physique et psychologique	50%	75			50%	75		-		
Respect de l'intimité	73,33%	110			73,33%	110			+	
Respect de la confidentialité de l'examen			92%	138	92%	138			+	

L'observation du tableau montre que le CSRef de Koutiala est de niveau III pour le respect de l'intimité et la confidentialité de l'examen ; niveau II pour le respect physique et psychique.

**L'indice synthétique de qualité de l'interaction patient soignant est d'assez bonne qualité 71 ,78%.**

## Qualification du personnel

**Tableau XXXI :** Analyse discriminatoire de la qualité de la “ qualification du personnel de santé au cours des visites prénatales” dans le CSRef.

Qualification du personnel	Effectif N=150	Pourcentage
Médecin	30	20
Sage femme	10	6,67%
Infirmière obstétricienne	110	73,33

L'observation du tableau montre que les CPN ont été effectuées à 100% par du personnel qualifié. Il s'agit de sage femme et d'infirmières obstétriciennes. Les CPN effectuées dans le CSRef étaient de niveau IV.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## 6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude rétrospective des données de la structure et prospective des observations et de l'opinion des consultantes prénatales, s'est déroulée dans le CSRef de Koutiala du 01 Juillet 2006 au 30 septembre 2006 sur la qualité des consultations prénatales.

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

Elle nous a permis :

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

L'enquête a porté sur 150 gestantes ayant fréquenté le service de CPN à cette période.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix de variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins à évaluer dans la catégorie de domaine de qualité définie. Ce qui nous a permis de situer le CSRef de Koutiala par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différent niveau de qualité.

## 6-1. Monographie des structures de soins et étude des procédures :

### Interaction gestante personnel de soins prénatals :

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la gestante pour explorer la qualité de l'interaction gestante prestataire. Ce volet est essentiel pour la CPN car la recherche sur la pratique obstétricale est d'une importance capitale compte tenu des objectifs visés par les soins de santé maternelle : sécurité, satisfaction et économie.

#### \* Respect physique et psychique :

Le respect physique et psychique était de 50% donc de niveau II .Ce volet majeur traduit la chaleur de l'accueil et permet ainsi de diminuer le taux d'abandon. Toute fois il doit être amélioré .

La présence d'escalier pour aider la gestante à monter sur la table d'examen est un élément de respect physique et psychique à l'égard de cette dernière.

#### \* Respect de l'intimité :

Les examens se faisaient toujours à l'abri des regards derrière un paravent. L'éclairage des opinions était favorable quant au respect de l'intimité. Ce résultat concorde avec celui constaté au cours de l'observation.

#### \* Respect de la confidentialité :

La CPN a été confidentielle dans 92% des cas. Cependant les entrées et sorties injustifiées (6%) pourraient porter préjudice au respect de la confidentialité (**ce constat est similaire à celui de l'évaluation faite par la D.S.R.**). Au total, il y avait une bonne interaction gestante personnel soignant. Ce constat est similaire toute fois supérieur à ceux de Koita M [10] ; de Konaté S [9] et de Fomba S. [8], Goita N [32].

### \* Démarche clinique et thérapeutique :

#### Qualification du personnel

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 6,67% des cas par la sage-femme, “ niveau I” contre 73,33% des cas “ par les infirmières obstétriciennes niveau III” ; ce qui pourrait porter préjudice à la qualité de la CPN étant donnée que 26% des gestantes présentaient un facteur de risque et que seulement 7,33% de l’ensemble des gestantes ont été référées à un médecin. Or dans les normes de l’OMS la première CPN doit être faite par le médecin (gynécologue obstétricien) et cela pour confirmer la grossesse et prendre en charge les grossesses à risque [13].

#### La situation personnelle de la gestante :

De nombreux paramètres tels que l’âge, la profession de la gestante et du mari ainsi que la résidence de la gestante (identité) étaient demandés à 100%, la durée de séjour à Koutiala, le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre étaient souvent explorés contrairement aux études de Fomba S. [8] où aucun de ces paramètres n’étaient explorés.

En revanche, l’exploration de la situation socio-économique de la gestante qui permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants) n’était pas explorée. Cela aurait permis de mieux identifier les cas sociaux en vue de leur prise en charge dans la mesure des possibilités du service social du centre. La durée de séjour à Koutiala et les moyens de transport utilisés permettaient de s’orienter sur d’éventuels risques pouvant menacer l’évolution de la grossesse.

### \* Antécédents obstétricaux et médicaux :

Les antécédents obstétricaux ont été recherchés, mais les praticiennes ne se renseignaient jamais sur l’état de santé des enfants, sur la notion d’extraction instrumentale chez les gestantes et surtout sur l’histoire du

dernier accouchement et son issue.

Les antécédents médicaux étaient presque tous recherchés.

La connaissance de ces antécédents est primordiale dans la prise en charge des gestantes car dicte la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse.

#### **\* Date probable d'accouchement**

La DDR n'était pas connue en général car seulement 6,67% des gestantes connaissaient leur DDR. Ce taux est supérieur à celui de Konaté.S [9] et Goita N [32] qui avaient trouvé respectivement 0,5%; et 4%. Cependant, il est inférieur à celui de Fomba S. [8] et Koita M [10] qui avaient trouvé 7,9% et 12%. Connaître le début de la grossesse permet un meilleur suivi : détermination du terme ; dépistage des cas de retards de croissances intra- utérine ; d'éviter les erreurs du terme ; de dépister les cas de dépassement de terme, de préciser la date probable d'accouchement .Les praticiennes ne marquaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes. Seulement 4% des gestantes avaient une idée sur la date probable d'accouchement. Cette faible proportion des gestantes de notre série connaissant leur DDR et leur date probable d'accouchement est due au fait que 58,67% de l'échantillon n'étaient pas scolarisé.

#### **\* Le déroulement de la grossesse :**

L'œdème des membres inférieurs a été systématiquement recherché En revanche, les notions de fatigue ; de survenue de dyspnée ; leucorrhées ; fièvre, métrorragies; pertes liquidiennes étaient moins explorées dans la salle de consultation au cours de notre étude. Le pouls n'a guère été pris.

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

Seulement 39,5% des gestantes ont bénéficié d'une sensibilisation par rapport à l'hygiène de la grossesse à cause de la non maîtrise du sujet et du peu d'importance qu'accordent les prestataires; Contrairement aux travaux de Fomba S [8] et Konaté S [9] où les gestantes n'avaient pas reçu d'information portant sur l'hygiène de la grossesse .Les mesures préventives : supplémentation en fer et acide folique (antianémique), anti palustre (SP) et M.I.I, vaccin antitétanique (VAT) étaient observées avec respectivement 66, 67% ; 9% ; 83,33% ; 66%et 94% des cas. Cependant la SP n'est pas disponible en salle ainsi que le VAT

Ces taux de couverture préventive sont dus aux efforts du chef de service dans l'application de la politique sanitaire en matière de santé de la reproduction.

**\* Analyse discriminatoire de l'examen physique (général et obstétrical) :**

-Les paramètres comme la recherche de boiterie, l'auscultation pulmonaire, cardiaque et le sondage vésical n'ont pas été explorés. Ce constat est similaire à celui de Fomba S [8] et de Konaté S [9] et Goita N [32] où aucun de ces paramètres n'avaient été exploré à souhait.

Dans 66% des cas les gestantes ont bénéficié de l'examen au spéculum. Cet examen a été réalisé surtout en cas d'infection génitale suspectée et chez les gestantes à leur première CPN au centre. Notre taux est supérieur à celui avancé par Goita N [32] 20% et Konaté S [9] 34,5%.

-La mesure de la taille : dans notre série les gestantes ont bénéficié de la mesure de la taille à cause de l'existence d'une toise dans les locaux de la consultation prénatale .Cet état de fait est une chose qui doit être pérenniser pour qui connaît l'importance de la taille dans le pronostic de

l'accouchement .La taille inférieure à 1m50 est un élément de présomption d'une viciation pelvienne.

- La pesée a été systématique chez toutes les gestantes, ce qui est une œuvre salubre quant on sait qu'en moyenne une gestante ne doit pas prendre plus de 1000grammes par mois ; toute prise de poids de plus de 1000grammes par mois devant faire penser à un œdème "inapparent ".
- La coloration des muqueuses a été appréciée par les praticiennes.
- L'appréciation clinique du bassin par pelvimétrie interne (au toucher vaginal) n'a été faite que chez 2,67% des gestantes (4 au total) au terme de l'examen obstétrical. Aussi nous avons constaté avec regret que toutes les gestantes du troisième trimestre n'ont pas bénéficié de l'appréciation clinique du bassin.

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital ; car permet d'établir le pronostic de l'accouchement .Or, nous admettons tous que le bassin est un élément précieux de ce pronostic de l'accouchement .A partir du moment où il n'est pas apprécié, nous pensons sans risque de se tromper que l'objectif de la consultation prénatale n'est pas atteint.

Le bassin n'a pas été apprécié, nous pensons à cause de la rapidité de l'examen obstétrical (28% en moins de cinq minutes), à la négligence de ce temps capital de l'examen obstétrical mais aussi et surtout de l'incapacité de certaines de nos praticiennes à faire un examen clinique correct du bassin.

#### **\* Décision et diagnostic.**

##### **Analyse par rapport aux examens complémentaires.**

Les examens complémentaires constituent un arsenal pour la détection de pathologies associées à la grossesse. Au total, les gestantes en ont

bénéficié largement. Ce taux est similaire à celui de Fomba S. [8] qui avait trouvé 96,6% et Goita N [32] 99%, mais supérieur à ceux de Konaté [9] et de Koïta [10] qui étaient respectivement : 41,5% et 38,5%.

L'échographie, moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, a été demandée dans tous les cas. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit bénéficier au moins de 3 échographies :

- Au premier trimestre pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, préciser l'âge gestationnel, préciser le nombre d'embryon, de préciser la qualité de l'œuf (grossesse molaire) et de faire le diagnostic siège (grossesse intra ou extra-utérine) [12].

- Au deuxième trimestre, elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux (étude morphologique) étudie ou apprécie la croissance fœtale et détermine la localisation placentaire.

- Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre la 30<sup>ème</sup>-35<sup>ème</sup> SA, ainsi elle apprécie la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), apprécie l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique [12].

La sérologie VIH était demandée dès la première consultation prénatale après un Counseling non conforme aux normes en vigueur pour celles qui consentaient. Les prélèvements vaginaux n'ont pas été demandés malgré les signes d'appel à cause sa non disponibilité de cet examen.

Le groupe sanguin rhésus était demandé chez 68% des gestantes mais celui du mari n'a presque pas été demandé, sauf en cas de gestantes de Rhésus négatif.

### \* Les soins préventifs

**Par rapport à l'anémie :** Dans 100% des cas les gestantes a bénéficié d'une supplémentation en fer. Ce taux est supérieur à ceux de Fomba S. [8] (9,2%), de Konaté S [9] (22%) et Koita M [10] (20,2%) Mais l'acide folique n'avait été prescrit que dans 6,5% des cas.

Au cours de la grossesse et de l'allaitement, les besoins en fer et en acide folique chez la femme sont augmentés pour les besoins de croissance et de développement du fœtus et de l'enfant.

Des efforts sont à faire à ce niveau à cause de la fréquence des malformations du tube neural dans les anémies par carence en acide folique. Les gestantes n'ont pas été motivées ni conseillées à avoir une alimentation riche. Aussi les notions de produits toxiques n'ont pas été abordées.

#### **-La chimioprophylaxie anti palustre :**

83,33% des gestantes ont reçu une chimioprophylaxie à la SP. Ce taux est similaire à ceux de Konaté S [9], de Koita M [10] et de Fomba S qui étaient respectivement : 85% ; 57,8 % 50,3 à la chloroquine.

La dose recommandée est de : traitement préventif intermittent (T.P.I)

3 comprimés de S.P en deux prises au cours de la grossesse

La première prise est administrée après la 16<sup>e</sup> Semaines d'aménorrhée et la deuxième prise après la 32<sup>e</sup> Semaines d'aménorrhée

Notre faible taux s'explique par le fait qu'il s'agisse d'une nouvelle méthode qui n'est pas encore tout à fait entrée dans les habitudes de la pratique médicale chez certaines praticiennes.

**Les résultats analytiques basés sur la prescription de médicaments et d'exams au laboratoire, montrent que le CSRef était de niveau III**

**Les groupes à risque (notion de risque) :**

Nous avons enregistré 26% de gestantes ayant été classées dans un groupe à risque (ATCD de mort-nés, femmes de petite taille, HTA, primigeste, multi gestes, utérus cicatriciels.) ce taux est supérieur à celui de Konaté S [9] qui était de 22,5% mais inférieur à celui de Goita N [32] (46,50%).

#### **Par rapport à l'âge :**

Les adolescentes représentaient 1,33% des cas contre 2% de grossesse chez les 40ans et plus.

Ces taux sont inférieurs à ceux de Fomba S [8] 24,13% pour les jeunes de 14 ans et 5,17% pour les 40 ans et plus ; et Goita N [32] : 2,5% pour les moins de 14 ans et 5,5% pour les plus de 40ans.

#### **Risques liés au nombre de CPN :**

Une faible proportion des femmes était à leur première CPN soit 16,67% des cas. Ce taux est inférieur à ceux de Konaté S [9] 49%, celui de Fomba S [8] 24,1% et Goita N [32] 47,5%. Cet état est en inadéquation avec les normes et procédures de la CPN qui recommandent au moins 4 consultations

#### **Risque lié à la Gestité :**

Les Primigestes représentaient 6,67% de notre échantillon, contre 12,5% pour Goita N [32] et 20,68 % pour Fomba S [8].

Quant aux multigestes, elles représentaient 57,33 % de notre échantillon contre 28,5% pour Goita N [32] et 46,50% pour Koita M [10].

#### **Risque lié à la Parité :**

Les Primipares représentaient 22,67% de notre échantillon].

Quant aux grandes multipares, elles représentaient 14,67 % de notre échantillon.

**Par rapport à la profession :**

Les femmes au foyer étaient fortement représentées avec 68% de notre série. Ce taux est inférieur à ceux de Fomba S. [8], de Konaté S [9] et Goita N [32] qui étaient respectivement 84,5%, 80% et 71,5%. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos, constitue un groupe à risque.

**Par rapport à l'hygiène au cours de la consultation.**

Les praticiennes utilisaient des doigtiers pour faire les touchers vaginaux, certaines femmes ont été examinées sur la table d'examen non protégée par le moindre tissu ; ce qui peut favoriser certaines infections nosocomiales.

Le tissu posé sur la table d'examen appartenait toujours aux femmes sauf pour les consultations de médecins.

**Par rapport à la durée des CPN :**

Dans 28% des cas les CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes contre 97% entre 5 et 10 minutes. D'une manière générale la durée des CPN était meilleure à celui de Fomba S [8] qui était de 60% et de Goita N [32] : 17% en moins de 5 minutes.

**6-2. Etude des résultats :**

Il s'agit de recueillir l'opinion des gestantes dans la plus grande discrétion à leur sortie de l'unité de consultation.

**6-2-1. Modalité de transport et critères de choix du centre.**

La plupart des gestantes venaient à pied avec 76,67%. Ce taux est supérieur à celui de Konaté S [10], qui était de 48,5%, Goita N [32] qui était de 57,5% mais inférieur à celui de Fomba S [8] qui était de 88,8%.

Dans 60% des cas les gestantes avaient comme critère de choix la compétence du personnel.

**6-2-2. Opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre;**

Dans 96,67% des cas les gestantes avaient affirmé que les locaux étaient vieux et propres contre 67,33% des gestantes qui ont affirmé que les toilettes étaient sales par contre aucune gestantes n'affirmait connaître de toilettes propres.

### **6-2-3. opinion des gestantes sur la dimension humaine :**

Dans notre étude 79,66% des gestantes ont affirmé qu'elles étaient confortablement installées ; 78% des gestantes affirmaient que l'ordre de passage était respecté. De même, 84% des gestantes étaient satisfaites. Toutes les gestantes nous ont confirmé, qu'une prochaine consultation les a été proposée avec une date précise du rendez vous.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## 7- CONCLUSION

L'étude faite au centre de santé de référence de Koutiala de la région de Sikasso du 01 Juillet 2006 au 30 septembre 2006 a permis une analyse des structures, une observation des CPN et recueil l'opinion des gestantes concernant la qualité des prestations.

### 7-1. Evaluation des structures :

Cette étude corrobore l'hypothèse qui évoque que c'est " la structure qui offre les conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique ".

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de Koutiala est de niveau III où les références évaluées sont satisfaites mais souvent limitées par des problèmes d'infrastructures (salle de réanimation non équipée ; équipements incomplets), salles d'hospitalisation insuffisantes, insalubres et peu confortables, toilettes insalubres.

### 7-2. Evaluation des procédures :

L'étude révèle aussi que la CPN au niveau du centre de santé de référence de Koutiala est assurée à 73,33% par les infirmières obstétriciennes et 6,67% par la sage femme. Cette qualité des CPN selon l'évaluation de la D.S.R. est très mauvaise car selon elle seuls 3 domaines de vérification : le système d'information, la prévention des infections et la gestion des ressources humaines /matériels ont été satisfaits à 50% Ainsi l'examen du bassin qui est un élément essentiel de l'établissement du pronostic de l'accouchement a été presque ignoré lors des CPN.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle des soins de niveau II ou 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de

“ bonne ” et “ assez bonne qualité ” pour le respect physique et psychique, et de niveau III pour le respect de l’intimité et de la confidentialité.

L’interrogatoire dans son ensemble a été riche.

Le bilan prénatal : ce bilan était fortement demandé seulement pour les groupes rhésus, BW, test d’Emmel ; sérologie VIH, Echographie.

IL y avait une collaboration étroite entre le personnel responsables des CPN et les médecins (gynéco obstétricien et généralistes) pour la prise en charge des gestantes ayant certains facteurs de risques : HTA, ATCD de mort-nés, utérus cicatriciels).

L’opinion des gestantes sur les prestations reçues révèle dans une très faible proportion des cas une attitude de dépréciation du personnel avec comme plaintes le "système de protégé".

Au terme de cette étude, nous avons remarqué que sur le plan structurel le CSRef de Koutiala est de niveau III ; mais beaucoup de lacunes ont été observées sur le plan des procédures (niveau II).

A la suite de ces remarques, nous avons faits des recommandations.

## 8-RECOMMANDATIONS

**Les recommandations suivantes s'adressent :**

### **8-1. Au personnel de santé**

- Rendre la collaboration plus étroite entre le personnel ayant en charge les CPN et les médecins en associant ces derniers aux prises de décisions,
- Faire l'examen du bassin au dernier trimestre chez toutes les gestantes.
- Instaurer les séances de CCC portant sur le planning familial, les facteurs de risques et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse et partant tout au long de la grossesse,
- Renforcer les enseignements post universitaires dans le cadre de la formation continue,
- Appliquer les normes et procédures en CPN
- Insister sur l'interrogatoire, l'examen clinique et para clinique au cours des CPN,
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en évitant le système " protégé et de parents personnels " .
- Mettre un terme aux querelles de leadership.

### **8-2. Aux autorités sanitaires et politiques :**

- Recruter un nombre suffisant de personnel qualifié (sage femme),
- Améliorer les conditions de prise en charge des gestantes dans les CSCOM,
- Améliorer l'état des structures à la hauteur des normes de références,
- Assurer la disponibilité du plateau technique requis.
- Elaborer et faire afficher dans les salles de CPN des affiches comportant outre tous les éléments du plan d'accouchement, les signes de danger et de travail.

### **8-3. Aux populations :**

- Se présenter pour les CPN dès le début de la grossesse.
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

# REFERENCES

## REFERENCES

1. **OMS (chronique)** : Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202 (Genève 1986)
2. **Cellule de planification et de statistique** : Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.
3. **Division santé familiale** : Programme de santé familiale. Plan quinquennal 1988-1992. Mali - décembre 1987.
4. **Fensterstein MT**: Furning the Tide Safe Mother Lood A districtation manual London MC Millan 1993.
5. **Papiernik E** : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement pour un programme d'action.
6. **DNSI-CPS/MSSPA** : Enquête démographique et de santé (EDS III) Mali janvier à mai 2001.
7. **Hogberg. and wall. S**: Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 ; P 647-984.
8. **Fomba S** : Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou en commune VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2002-2003 ; N 64.
9. **Konaté S** : Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse de médecine 2002. M. 33 ; 56 pages.
10. **Koita M** : Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires V et VI du District de Bamako. Thèse médecine 2001 M 41 ; 129 pages.
11. **Traoré MK** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé

- communautaire de Banconi. Thèse médecine 2001 ; 121 pages N 49
- 12. Angoulvent P :** La grossesse collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.
- 13. OMS : série de rapport technique 780(1989) :** Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaires rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.
- 14. Coordination. Thoulon. JM, Puech.f ; Boog.g :** Ellipses au Pelf/Uref.1995 (p 867) universités Francophones obstétrique.
- 15. Sankale M et Mazer A :** Guide médicale de la famille Afrique et océan Indien 1991. France EDICEF, P : 143.
- 16. Bernard et Geneviève P :** Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Hamartant, Paris, 1984
- 17. Considération pratique : Hart. RH, Belsey MA et Tarimo.E :** Intégration des soins de santé maternel et infantile dans les SSP.O.M.S. Genève 1993
- 18. MSF Ballardur O. B.Zieau O :** Obstétrique en situation d'isolement ; 1<sup>er</sup> Edition Hatier Paris, 1992, P 222.
- 19. De Ferrati D :** Le financement des services de santé dans les PED. Un appel au réalisme. Forum mondial de la santé. 1985; Pages 115-123.
- 20. Sacko M :** Evaluation de la surveillance prénatale dans le District de Bamako république du Mali. Thèse de Doctorat de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris) spécialité santé publique et pays en voie de développement 02 mars 1988 N 68
- 21. Cleone R :** Soins prénatals de santé maternelle. Etude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé de la famille OMS (10h OMS/MSM/92-4.
- 22 Monographie du District de Bamako Novembre 1994 :** Gouvernorat du District de Bamako cellule technique.

Mission Française de coopération et d'action culturelle au Mali projet fac n°1152/CD/92.

**23. Boire M :** Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT. Thèse médecine 2000M 69 ; 79 pages

**24 Blum C :** L'évaluation médicale à l'hôpital

In Creen hébert. Première séminaire d'évaluation en gynéco obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris delegation a l'évaluation.

**25 Donabedian Avedis:** Exploration incassment and monitoring. The definition of quality and approaches to it' is assessment health administration press an Arbor, Michigan 1980.

**26 SEGUY B.DMC** Surveillance échographique de la grossesse : obstétrique. Maloine SA. Editeur 27, rue de l'école de médecine 75.000 paris page 67.

**27. Ogga A ; Diarra A.J ; Koadio KL :** Evaluation de la situation sanitaire dans une région du centre Nord de la Côte d'Ivoire en 1994. Revue de Médecine noire 1996 n°07.

**28. Fourn.L ; Fayomi.E.B ; Zohoum.T.H :** Santé mère/enfant au Bénin réalisation et déficit. Revue de Médecine d'Afrique Février 1998 n°02.

**29. O MS** bureau Afrique. Division santé de la famille. **Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :** Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, (nov. 1997)

**30. Drabo A. :** Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine 2000M 07 ; 131 pages.

**31. UNICEF/OMS/FNUAP :** Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à l'an 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa

réapparition 1995.

**32. Goita N. :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de médecine 2006 ; 89 pages

**FICHE SIGNALÉTIQUE :****Nom :** KAMATE**Prénom :** PIERRE**Titre de la thèse :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Koutiala.**Année Universitaire :** 2006-2007.**Pays d'origine :** République du Mali**Lieu de dépôt :** Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto- stomatologie du Mali.**Secteur d'intérêt :** Gynécologique et obstétricale**Résumé de la thèse :** En matière de procréation, toute femme a le droit de bénéficier des soins prénatals adéquats. "Donner la vie en restant en vie et sans séquelles graves" est le combat de tout gynécologue obstétricien.

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

C'est ainsi que le centre de santé de référence de Koutiala a été classé au niveau III c'est-à-dire que les références évaluées étaient satisfaites soit un niveau de 75-94% SC Max de 38 à 47 sur le plan structurel. Mais beaucoup de lacunes ont été observées sur le plan des procédures (niveau II). L'analyse du niveau de la dimension humaine révèle que le centre de santé de référence de Koutiala est de niveau III où 50-74,99% des gestantes reçoivent des soins de "bonne" et "d'assez bonne qualité". L'analyse de la compétence du personnel a été qualifiée de niveau "Satisfaisante"; la qualité de l'accueil du personnel a été jugée de "meilleure" par toutes les gestantes.

Les prestations étaient dispensées à satisfaction dans le plus grand respect des dimensions psychiques et physiques dans 50% des cas.

# ANNEXES

**OBSERVATION DES CPN**

- Q1 1= Date d'observation.....N° .....
- Q2 1=Durée de la visite en minutes /\_\_
- Caractéristiques de la gestante (Si demandées)**
- Q3 Age /\_\_ / ans  
1=15-19 ; 2=20-24 ; 3=25-25 ; 4=30-34 ; 5=35-39 ; 6=40 et plus
- Q4 Profession /\_\_ /  
1=ménagère ; 2=vendeuse ; 3= fonctionnaire ; 4= aide ménagère ; 5= commerçante ; 6=Autre
- Q5 Niveau scolaire /\_\_ /  
1=Analphabète ; 2=Primaire ; 3=Second ; 4= Supérieur ; 5=Coran
- Q6 Etat matrimonial/ \_\_ /  
1= Célibataire ; 2=Vie maritale ; 3=Mariée ; 4=Veuve ; 5=Divorcée
- Q7 Résidence habituel /\_\_ /  
1=Koutiala ; 2Village de l'intérieur ; 3= Autre  
A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque /\_\_ /  
1= Oui ; 2= Non
- Q8 Si Oui quel facteur /\_\_ /  
1= ATCD césarienne ; 2= ATCD mort né ; 3= Taille ; 4=HTA ; 5= Autre
- Q9 Nombre de CPN réalisées /\_\_ /  
1= 1 ; 2= 2 ; 3=3 ; 4=4 et plus
- Caractéristiques de la personne qui a pris en charge la gestante**
- Q10 Qualification /\_\_ /  
1= Médecin ; 2= Sage-femme ; 3= Matrone ; 4= infirmière
- Q11 Statut /\_\_ /  
1=Fonctionnaire ; 2= Contractuel ; 3= Remplaçant ; 4= Stagiaire ; 5= Autre
- Q12 Dure de présence dans le centre /\_\_ / ans  
0 1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; su p 3=4 inf=0 5 Accueil
- Q13 Langue de communication /\_\_ /  
1= Français ; 2= Bambara ; 3= Autre
- Q14 Consultante comprenant la langue /\_\_ /  
0=Non ; 1=Oui un peu ; 2 oui très bien
- Q15 Si non a-t-on fait appel à un interprète /\_\_ /  
1= Oui ; 2 Non
- Q16 Salutation conformes aux convenances sociales /\_\_ /  
1= Oui ; 2 Non
- Q17 Consultante est invitée à s'asseoir /\_\_ /  
1= Oui ; 2 Non
- Q18 Demande le carnet de la grossesse précédente /\_\_ /

1= Présent ; 2= Absent

### Interrogatoire

.1 Sur la situation personnelle de la consultante

Q19 Age / \_\_/

1= -15 ; 2=15-19 ; 3=20-24 ; 4=25-29 ; 5=30-34 ; 6=35-39 ; 7=40 et plus

Q20 2= Situation socio -économique de la famille

1= Bas niveau ; 2=Moyen ; 3=Favorable

Q21 3 Niveau d'alphabétisation / \_\_/

1= Primaire ; 2= Secondaire ; 3= Etudiante ; 4=Autre

Q22 4= Profession de la consultante / \_\_/

1= Ménagère ; 2= Aide ménagère ; 3= Etudiante ; 4= Fonctionnaire ; 5= Commerçante ; 6= Autre

Q23 5 Profession du mari / \_\_/

1= Manœuvre ; 2 = Commerçant ; 3= Fonctionnaire 4= Etudiant

Q24 1= Koutiala ; 2= village de l'intérieur ; 3= Autre

Q25 7= Durée de lieu de présence dans la capitale / \_\_/ ans

1= 1-5 ; 2= 6-10 ; 3=11-15 ; 4= 16-20 ; 5= sup. 20

Q26 8 Distance parcourue pour venir au centre / \_\_/

0=1nf ; 1-5 ; 2=6-10 ; 3=sup. 10

Q27 9 Moyen de transport utilisé pour venir au centre / \_\_/

1= Pied ; 2= Véhicule collectif ; 3= Taxi ; 4= Véhicule personnel ; 5= Vélo ; 6=Mobylette ; 7=Autre

Q28 10 Echange avec la consultante pour mieux la connaître / \_\_/

1= Bambara ; 2=Français ; 3=Autre

Antécédents obstétricaux

Q29 Gestité / \_\_/

1=Primigestes ; 2=Pauci geste ; 3= Multi geste ; 4=Grande multi geste

Q30 Parité / \_\_/

1=Primipare ; 2=Pauci pare ; 3= Multipare ; 4=Grande multipare

Q31 Avortement

1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup. 7

Q32 Vivant / \_\_/

1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup. 7

Q33 Morts nés / \_\_/

Q34 Décédés / \_\_/

1=0 ; 2= 1-3 ; 3=4-6 ; 4 sup. 7

Q35 Cause des décès / \_\_/

1= Infection néonatale ; 2= Paludisme ; 3=Autre

Q36 Age des décès / \_\_/ ans

1= 0 ; 2=1-3 ; 3 sup. 4

Q37 Demande état de santé des enfants /\_\_/

1= Malade ; 2= Bien portant

Q38 Césarienne /\_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q39 Forceps ou ventouse

1= Oui ; 2= Non

Q40 Eclampsie /\_\_/

1= Oui ; 2= Non

**Antécédents de maladies**

Q41 Infection urinaire

1=Oui ; 2= Non

Q42 HTA /\_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q43 Diabète /\_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q45 Affection cardiaque /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q46 Tuberculose /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q47 IST /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q48 Drépanocytose /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q49 Autres /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q50 Si autres précision .....

Q51 Détermination de la date probable d'accouchement /\_\_/

1= Connue ; 2= Inconnue

Q52 Détermination date des dernières règles /\_\_/

1= Connue ; 2= Inconnue

Q53 Détermination âge de la grossesse /\_\_/

1= Connue ; 2= Inconnue

**Déroulement de la grossesse / signes de dangers :**

Q54 Douleurs abdominales aiguës /\_ / 1= Oui ; 2= Non

Q55 Maux de tête ou floue visuelle /\_ / 1= Oui 2= Non

Q56 Fièvre /\_ / 1= Oui 2= Non

Q57 Convulsions ou pertes de connaissances /\_ / 1=Oui ; 2= Non

Q58 Vomissements /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q59 Fatigue /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q60 Survenue des palpitations /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q61 Survenue dyspnée /\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q62 Perception mouvement bébé / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q63 Pertes liquidiennes / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q64 Pertes vaginales / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q65 Métrorragie / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q66 Trouble urinaires / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

### Hygiène de vie pendant la grossesse

Q67 Question sur l'activité sexuelle / \_/ 1= OUI 2= Non

Q68 Questions sur le travail professionnel ménager / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q69 Questions sur le travail ménager / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q70 Repos / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q71 Alimentation / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

### EXAMEN

Q72 Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation / \_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Q73 Pesée / \_\_/ Kg

1= 30-50 ; 2=51-100, 3= sup. 100

Q74 Mesure de la taille / \_\_/ m

1= 1-1,49 ; 2= 1,50-2 ; 3= sup. 2 m

Q75 Recherche d'une boiterie / \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q76 Aider à monter sur la table / \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q77 Examens des conjonctives / \_\_/

1= Pale ; 2= Moyennement colorées ; 3= Colorées

Q78 Mesure de la Ta / \_\_/ cm Hg

1= Normal ; 2= Hypertendue ; 3= Autre

Q79 consultation cardiaque / \_\_/

1= Normal ; 2= Pathologique

Q80 Consultation pulmonaire

1= Normal ; 2= Pathologique

Q81 Palpation de l'abdomen / \_\_/

Q82 1= Normal ; 2= Pathologique

Q83 Mesure hauteur utérine / \_\_/ cm

1= inf = 36 ; 2 sup. ou égal 36

Q84 Consultation des bruits cœur fœtal / \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q85 Position fœtus au 9<sup>ème</sup> Mois / \_\_/

1= Céphalique ; 2= Siège ; 3= Transversal ; 4 Autres

- Q86 Examen au spéculum /\_\_\_/  
 Q87 Toucher vaginal /\_\_\_/  
 Q88 Aider à descendre /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q89 L'éclairage était-il suffisant /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q90 Examen à l'abri des regards /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non

#### Examen para cliniques

- Q91 A-t-on demandé des examens para cliniques /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q92 Si oui a-t-on expliqué ou aller /\_\_\_/  
 1= Au centre ; 2= Ville de Koutiala

#### Vaccination

- Q93 A-t-on demandé le carnet de vaccination /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q94 A-t-on proposé une vaccination /\_\_\_/  
 0= Non ; 1= sur le champ ; 2= une date ultérieure  
 Q95 La consultante a-t-elle été classée dans une grossesse à risque /\_\_\_/  
 1= Oui ; 2= Non  
 Q96 Une prescription a-t-elle été faite /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q97 A-t-on expliqué pourquoi ? /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q98 Gentillesse du ton  
 1= Bon ; 2 = Mauvais  
 Q99 Attitude parturiente /\_\_\_/  
 1= Bon comportement ; 2= Mauvais comportement  
 Q100 Manifestation d'intérêt pour la consultante /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q101 A-t-il fait les salutations d'usage à son départ /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q102 Pendant ou au décours de l'examen le praticien a-t-il expliqué clairement à la consultante comment évoluait sa grossesse ? /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non  
 Q103 A-t-il demandé à la consultante de revenir ? /\_\_\_/  
 1=Oui ; 2= Non

- Q104 Lui t-il précisé quand / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q105 Présence de tierce personne pendant la consultante / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non  
0=Non  
1= Oui plusieurs sages femmes  
2= Oui d'autres membres du personnel  
3= Oui par des accompagnants  
4= Oui d'autres personnes
- Q106 Lesquels / \_\_/  
1= Infirmières  
2= Sages-femmes stagiaires  
3=Autres
- Q107 Nombre total de personnes dans la salle / \_\_/  
1= 1-2 ; 2= 3-4 ; 3= sup. 5
- Q108 Y a t il des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation / \_\_/  
1= Oui un peu ; 2= Oui beaucoup
- Conseils**
- Q109 A-t-on donné des conseils / \_\_/  
0= Non ; 1= Sur le repos ; 2 = Sur l'alimentation ; 3= Sur le planning familial ; 4= Sur les MST/SIDA ; 5 =Autre
- Q110 A-t-il expliqué les signes d'alerte et que faire si le survenait / \_\_/  
1= Niveau 2 ; 2= Niveau 3
- Q111 Si oui quels sont les signes d'alerte / \_\_/  
1= ATCD de césarienne ; 2= ATDC morts nés ; 3= HTA
- Hygiène de la consultation**
- Q112 Un tissu est /il posé sur la table d'examen ? / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q113 Si oui est-il fourni par le centre (si non, il s'agit du pagne de la femme / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q114 Est-il différent des femmes précédentes / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q115 Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q116 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier / \_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q117 A la fin de la consultation le matériel est -il changé / \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q118 Le matériel est-il correctement nettoyé ?/ \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q119 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène / \_\_/

1=Oui ; 2= Non

Q120 Si oui laquelle / \_\_/

1= Matériels souillés ; 2= Matériels ; 3= Autre

**Conclusion**

Q121 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.

## Opinions sur les CPN

## Identité :

## 1 Caractéristiques de la parturiente

- Q1 Age : / \_\_/ 1=15-19 ; 2= 20-24 ; 3=25-29 ; 4=30-34 ; 5=35-39 ; 6=40et plus
- Q2 Possession / \_\_/  
1= Ménagère ; 2= vendeuse ; 3= fonctionnaire ; 4=Commerçant ; 5=Employé ;  
6= autres
- Q3 Niveau scolaire / \_\_/  
1= Analphabète ; 2=Primaire ; 3= Second cycle ; 4=Supérieur ; 5=Coran
- Q4 Etat matrimonial / \_\_/  
1=Célibataire ; 2=Vie maritale ; 3=Mariée ; 4=Veuve; 5=Divorcée
- Q5 Résidence habituelle / \_\_/  
1=Koutiala ; 2=Village de l'intérieur ; 3=Autre ; 4=Ne sais pas
- Q6 Numéro de la grossesse / \_\_/
- Q7 A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe de  
risque / \_\_/  
1=ATCD césarienne ; 2=ATCD de mort né ; 3=Taille ; 4=HTA ; 5=Autre
- Q8 Si oui, Quels facteurs / \_\_/
- Q9 Nombre de CPN réalisées / \_\_/  
3 Caractérisation de la personne qui prend en charge la parturiente
- Q10 Qualification / \_\_/  
1= Médecin ; 2= Sage femme ; 3= Matrone ; 4=Autre
- Q11 Si autre la quelle / \_\_/
- Q12 Statut / \_\_/  
1=Fonctionnaire ; 2= Contractuel ; 3= Remplaçant ; 4 autre
- Q13 Si autre, précisions / \_\_/
- Q14 Durée de présence dans le centre / \_\_/ ans Si < an ; noter "o"

## 4 Examen du carnet de grossesse

- Q15 Possession d'un carnet de grossesse / \_\_/  
0= pas de carnet ; 1= Carnet mais inutilisable ; 2=Carnet utilisable.
- Q16 Terme de la grossesse / \_\_/
- Q17 DDR / \_\_/ 1=Oui ; 2=Non
- Q18 DPA/ \_\_/

## Groupe à risque

- Q19 A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant à un groupe à risque?  
/ \_\_/ 0 ou 1
- Q20 Si oui Quels facteurs/ \_\_/ 1=ATCD césarienne ; 2=ATCD de mort né ; 3=Taille ; 4=  
HTA ; 5= Autre

Q21 Nombre de CPN réalisées / \_\_/

#### 4 Modalité de transport

Q22 Etes-vous venues / \_\_/

1= à pied ; 2= en véhicule collectif ; 3= Taxi ; 4= en véhicule personnel ;

5= en vélo ; 6= en mobylette ou en moto ; 7 avec un autre moyen de transport ; 8= Si autre ; le quel ?

#### 5 Critère de choix du centre

Q23 Pourquoi avez-vous choisi l'établissement où nous sommes ? (Plusieurs réponses possibles / \_\_/

1= Parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

3= Parce que 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 la conseillé

9= Autre raison

Si oui, la quelle ....

Q24 Etes-vous déjà venu dans cette formation sanitaire ? / \_\_/

0= Non ; 1= oui ; plusieurs fois ; 2= oui, plusieurs fois

Q25 Pour quelles raisons (0à 4) ? / \_\_/

0= je ne sais pas ; 1=Consultation médicale ; 2=Consultation prénatale ; 3= Accouchement ; 4=Autre.

Q26 L'ordre de passage a-t-il été respecté / \_\_/

1= Oui ; 2= Non

Q27 Comment étiez-vous installé (e) pendant l'attente ? / \_\_/

0=Très inconfortablement ; 1= Assez inconfortablement ; 2= Assez inconfortablement ; 3= Très confortable.

Q28 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service / \_\_/

0= Je ne sais pas ; 1= Non ; 2=Oui mais sales ; 3= Oui et propres

Q29 Avez-vous trouvé l'attente longue / \_\_/

1=Oui ; 2=Non

Q30 Qui vous a reçu en consultation / \_\_/

1=Un agent de santé, mais je ne connais pas précisément sa fonction ; 2=Un infirmier ou une infirmière ; 3= une sage femme ; 4=Un médecin ; 5=Autre

Q31 Si autre le quel.....

- Q32 La personne qui vous a reçu a-t-elle été /\_\_\_/  
1= Désagréable ; non coopérative ; 2= Indifférente ; 3=Attentive et police.
- Q33 Pensez-vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention a vous ?  
1= Oui ; 2= Non
- Q34 Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical)  
1= Oui ; 2= Non
- Q35 Votre intimité a-t-elle été respecté /\_\_\_/  
1= Oui  
2=Non, il y avait beaucoup de monde dans la salle  
3=Non, il y avait sans cesse des entrées et sorties  
4=Non, 1 + 2
- Q36 Avez-vous bien parlé dans une langue avec l'agent de santé ? (1 à 2) /\_\_\_/  
1=Non ; 2=Oui ; 3= Oui mais avec difficultés
- Q37 Avez -vous tout dit ? (0 à 2) /\_\_\_/  
0=Non ; 1=Oui ; 2=Oui mais avec difficultés
- Q38 Comment avez-vous trouvé les locaux (0 à 3) /\_\_\_/  
0= Vieux et sales ; 1=Récents mais sales ; 2=Vieux mais propres ; 3=Récents et propres.
- Q39 Avez-vous été satisfaite ? /\_\_\_/  
0=Pas satisfaite ; 1=Pas satisfaite ; 2=Satisfaite ; 3=Très satisfaite ; 4=Ne sait pas
- Q40 Pourquoi ....
- Q41 S'il ne s'agit pas de la première consultation ou avez-vous consulté auparavant ? /\_\_\_/  
0= Dans le service prénatal d'un autre établissement.  
1=Dans le même service prénatal
- Q42 Pourquoi avez-vous changé de service prénatal ? (Plusieurs réponses) /\_\_\_/  
0=J'ai payé trop cher dans le service précédent  
1=J'ai été mal accueilli dans le service précédent  
2=Je connais une sage femme ou une autre personne qui peut m'aider dans ce établissement  
3=J'ai de ménage ; 4=Autre raison
- Q43 Si autre expliquer.....
- Q44 Depuis combien de mois êtes-vous enceinte/\_\_\_/
- Q45 Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques /\_\_\_/  
1=Oui ; 2=Non
- Q46 Si oui les quels /\_\_\_/  
1=NFS ; 2=Taux d'hémoglobine ; 3=BW ; 4=Groupe Rhésus ; 5=HIV ; 6=Toxoplasmose ; 7=  
Echographie ; 8=Test d' Emmel ; 9=Autres ; 10=Précision. ....
- Q47 Si oui vous -a-t-on expliqué pourquoi /\_\_\_/

- 1=Oui ; 2=Non
- Q48 Vous avez l'intention d'effectuer ces examens para cliniques ? /\_\_\_/  
0=Non ; 1=Oui ; certain ; 2=Oui, tous
- Q49 Pourquoi non.....
- Q50 Vous a-t-on prescrit des médicaments ? /\_\_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q51 Si oui les quels  
1= SP ; 2=Fer ; 3=Aide folique ; 4=Autres
- Q52 Si autre précision .....
- Q53 Avez-vous fait le VAT ? /\_\_\_/  
1=Oui ; 2= Non
- Q54 Comment devez-vous procurer ces médicaments /\_\_\_/  
1=On me les a déjà donnés 2=On doit me les donner ; 3=Je dois les acheter ; 4= Je ne sais pas
- Q55 Si vous devez les acheter savez-vous où /\_\_\_/  
1=Pharmacie du centre ; 2=Autre pharmacie
- Q56 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN /\_\_\_/  
0=On ne m'a rien dit ; 1=Oui on m'a dit de revenir pour une autre consultation sans préciser quand ? ; 2=Oui on m'a de revenir pou une autre et on a dit quand ; 3=On m'a dit de venir accoucher dans l'établissement ; 4=On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé
- Q57 Si 4 le quel ? .....
- Q58 Vous a-t-on dit que votre grossesse présentait un risque ? /\_\_\_/  
0=On ne m'a rien dit de particulier  
1=On m'a dit que ma grossesse se déroule normalement  
2=On m'a dit que je risquais d'avoir des problèmes comme lors des accouchements précédents  
3=Très satisfaite
- Q59 Vous a-t-on dit de vous présenter la prochaine fois dans une consultation spécialisée /\_\_\_/  
0=Non ; 1=Oui mais je n'ai pas bien compris et je préfère revenir ici  
2=Oui on m'a bien expliqué pour quelle raison mais je n'ai pas les moyens d'y aller  
3=Oui et je m'y rendrai parce que c'est important
- Q60 Si 3 le quel ?
- Q61 Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ? /\_\_\_/  
0=Non on ne m'a rien dit de particulier  
1=On m'a dit de ne pas accoucher à domicile

2=On m'a dit de venir accoucher à la maternité

3=On m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail avec une somme et des effets précis.

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

## Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le Jure