

.....



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2013 – 2014

N° \_\_\_\_ /

# Thèse

## INFLUENCE DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES SUR L'ISSUE DE LA GROSSESSE DANS LE CSREF DE KATI

Présentée et soutenue publiquement le /... /.../2014  
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Par : M. ISSA KOURIBA GUINDO  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

### JURY

Président :

Pr AG RHALY ABDOULAYE

Membres :

Dr KONIMBA KONE

Co-directrice :

Dr KEITA SIDIBE ASSA

Directeur de thèse :

Pr HAMADOUN SANGHO

## *Dédicaces*

Je dédie ce travail:

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

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

- **A mon père :**

**Feu Ibrahima kouriba Guindo** : les mots me manquent pour exprimer ma joie et ma fierté pour avoir eu un père comme toi. Tu n'as jamais cessé de nous dire que seul le travail libère l'homme et qu'un homme peut grandir dans les mains d'un autre homme ne vas jamais y rester. Tes bénédictions et tes conseils ne nous ont jamais manqué durant notre parcours scolaire et universitaire. Que Dieu t accepte dans son paradis. Amen.

- **A ma mère :**

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

**A mes tantes :**

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'aviez traité depuis mon Arrivé à Bamako, resteront gravés dans ma petite mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder encore le plus longtemps que possible en vie et en bonne santé auprès de moi.

**A mes tontons :**

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

A la mémoire d'Abdoulaye Dembélé

Tes soutiens de tous les temps ne mon jamais manque qu ALLAH te récompense par le firdaous

**A mes frères et sœurs**

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

**A mon épouse et mère de mon enfant**

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

**A mes meilleurs amis :**

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

**Badra Aliou Traore**

Tu m as donne une satisfaction réelle dans ce travail

**Remerciement :**

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

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

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

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

**A mes amis de Kati, de kolondieba et de Bamako** pour votre cohésion sociale.

## *Hommages aux membres du jury*

A notre maitre et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

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

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

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

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

A notre maitre et juge

Docteur Koninba KONE

- Gynécologue obstétricien
- Chef de service de la Gynécologie du Cs réf de Kati

Cher Maître,

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Codirectrice de thèse

Docteur Keïta Assa Sidibé

- Master en Santé publique
- Directrice Générale adjointe du CREDOS

Chère maître

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

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

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadoun Sangho

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

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

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

Merci cher maître pour nous avoir acceptés dans votre service

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

CS réf de Kati : Centre de Santé de référence de Kati

ARV : Médicaments Antirétroviraux

BCF : Bruit du Cœur Foetal

BW : Bordet - Wassermann

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CPN: Consultation Périnatale

CPON: Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPNR: Consultation Périnatale Recentrée

CREDOS : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la  
Survie de l'Enfant

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de  
Population

Gs-Rh: Groupage-Rhésus

Hb: Hémoglobine

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

IFORD: Institut de Formation et de Recherche Démographiques

MII: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

MMN : Mortalité Maternelle et Néonatale

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF: Planning Familial

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVD : Pays en Voie de Développement

SA: Semaines d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SP: Sulfadoxine Pyrimethamine

SR/ACO : Santé de la Reproduction/Afrique Centrale et Occidentale

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence des Etats Unies pour le Développement International.

VAT: Vaccin Antitétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

µg : Microgramme



## SOMMAIRE

Pages

II. ENONCE DU PROBLEME .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
III. OBJECTIFS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
IV. GENERALITES .....	
VI. RESULTATS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VII.DISCUSSIONS.....	
VIII.CONCLUSION .....	108
IX. REFERENCES.....	112
X. ANNEXES .....	115





## **INTRODUCTION**

## **I. INTRODUCTION**

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

La mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique dans le monde et surtout dans les pays du tiers monde.

En 2005, selon l'OMS, ce sont 529 000 femmes qui mouraient par an et de manière imprévue, pendant la gestation, les couches ou après la naissance de leur enfant : [1]

En 2008, la même source faisait état d'environ 1000 cas de décès par jour, soit 358 000 femmes qui décèdent pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. Les 99% de ces décès maternels surviennent dans les pays en voie de développement et la plupart auraient pu être évités [2]

De nombreuses complications conduisent à ces décès. En effet, les principales complications, qui représentent 80% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes : les hémorragies sévères, les infections, l'hypertension durant la grossesse, le travail dystocique, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complication sont des maladies comme le paludisme, l'anémie et le VIH/Sida durant la grossesse [2] Les solutions médicales qui permettent de prévenir ou prendre en charge les complications sont connues.

Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent l'accouchement. L'accès à une CPN précoce et régulière permet de réduire le risque de complications. L'assistance d'un personnel qualifié avant, pendant et après l'accouchement peut sauver la vie des femmes et des nouveau-nés [2]

L'amélioration de la santé maternelle est l'une des grandes priorités de l'OMS qui œuvre en vue de réduire cette mortalité en fournissant des recommandations cliniques et programmatiques fondées sur des données factuelles ; en fixant des

normes mondiales et en apportant un soutien aux Etats Membres. En outre, l'OMS préconise l'utilisation de traitements plus efficaces et d'un coût plus abordable, élabore des matériels de formation et des lignes directrices à l'intention des agents de santé, accorde un soutien aux pays pour la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes accomplis.

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

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

**ENONCE**

## II. ENONCE DU PROBLEME

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

La grossesse et l'accouchement constituent des événements majeurs dans la vie d'une femme qui normalement apporte de la joie. Mais dans certains cas, ces événements apportent la souffrance et même la mort.

Selon l'OMS, on estime à 358 000 le nombre de décès maternels intervenus dans le monde en 2008, soit une baisse de 34% par rapport aux niveaux de 1990. L'Afrique subsaharienne a fait des progrès, certains pays ayant vu leur taux de mortalité maternelle diminuer de moitié entre 1990 et 2008.

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

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

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

Au Mali la mortalité maternelle reste élevée selon les chiffres de l'EDS IV qui est 464 pour cent mille naissances vivantes en 2006. Elle demeure un problème majeur de santé publique

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

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

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

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

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour les prescriptions, six femmes sur dix (61 %) ont reçu des suppléments de fer au cours des soins prénatals, et 62 % ont reçu des antipaludéens pour se protéger contre le paludisme pendant la grossesse [6].

La vaccination antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger le nouveau-né contre le tétanos néonatal.

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

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

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

Ainsi dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé a initié une nouvelle approche qui est la consultation prénatale recentrée. L'objectif principal de cette nouvelle approche est d'aider les femmes à maintenir les grossesses normales : [8] en assurant la prise en charge précoce et correcte des pathologies dépistées avec toutes les informations que son état nécessite pour aboutir à un accouchement à moindres risques. La consultation prénatale recentrée constitue ainsi l'un des quatre principaux piliers des activités de lutte contre la mortalité maternelle et infantile : [9].

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

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

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

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

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

Elles ont également déployé beaucoup d'efforts entre autres :

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



- les efforts du gouvernement ont permis d'augmenter le niveau de fréquentation des services de consultation prénatale.

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

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

Selon les résultats de l'EDSM-IV, le taux de CPN effectué par les sages-femmes et infirmières (36%) reste faible. Face à ce constat nous avons posé les questions suivantes:

1. Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des consultantes reçues en CPN au CS réf de Kati ?
2. Les procédures de consultation prénatale sont-elles conformes aux procédures en vigueur au Mali au niveau du CS réf de Kati ?
3. Quelle est la fréquence des issues de grossesse chez les femmes admises au CS Réf de Kati et suivies durant la période d'enquête ?
4. Quelle est la relation entre la qualité des CPN et l'issue de la grossesse ?
5. Quelles sont les opinions des gestantes et des prestataires sur la qualité de la CPN au niveau du CS réf de Kati

## **OBJECTIFS**

### **III. HYPOTHESES**

La qualité des consultations prénatales a une influence sur l'issue de la grossesse

### **IV. OBJECTIFS**

**4.1. Objectif général :** Evaluer l'influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de grossesse au CS Réf de Kati

**4.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques des femmes qui font suivre leur grossesse au CS Réf de Kati en 2013
- Evaluer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes admises en consultation durant la période d'enquête.
- déterminer la fréquence des issues de grossesse chez les femmes admises au CS Réf de Kati durant la période d'enquête.
- Etablir la relation entre la qualité des CPN et l'issue de la grossesse.
- Proposer des approches de solutions en vue de l'amélioration de la qualité des CPN.

## **GENERALITES**

## V. GENERALITES

### 5.1. Définitions opératoires des concepts

#### **Influence**

Influence est l'action qu'une chose exerce sur une personne ou sur une autre chose.

#### **Qualité**

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

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

#### **Grossesse :**

C'est l'état de la femme, qui porte en son sein l'embryon ou le fœtus, commençant, avec la fécondation et se terminant avec l'accouchement. Notons la possibilité des grossesses multiples et ectopiques, dans tous les cas le diagnostic est clinique, radiologique ou biologique [10]

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

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

## **Couverture adéquate en CPNR**

La couverture adéquate en CPNR est le pourcentage de femmes enceintes qui sont venues au moins quatre fois en consultation prénatale avant l'accouchement selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire *une consultation au premier trimestre, une consultation au deuxième trimestre et deux consultations au troisième trimestre.*

## **Temps d'attente**

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

## **Norme**

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

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

## **Utilisatrices**

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

## **Mortalité maternelle**

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

## **Satisfaction des utilisatrices**

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

## **5.2. Revue documentaire**

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

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

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

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

Si, depuis toujours, sages-femmes et obstétriciens savent que toute grossesse est à risque, les données scientifiques manquaient pour valider cette affirmation. Deux enquêtes récentes prospectives en population, seule approche permettant de calculer la valeur prédictive d'un facteur de risque (proportion des femmes enceintes ayant le facteur de risque développant la complication), sont arrivées à la même conclusion : la valeur prédictive de tous les facteurs de risque actuellement recherchés en CPN est extrêmement faible (< 2% pour la majorité des facteurs de risque et toujours < 20 %). Ainsi, 80 à 98 % des femmes étiquetées (à risque) ne développeront aucune complication et sont potentiellement référées inutilement [13].

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

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

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

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

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

Une métrorragie pendant la grossesse, quelle que soit son abondance, est un signe devant être toujours pris au sérieux. En début de grossesse, il doit faire



évoquer la possibilité d'un avortement ou d'une grossesse ectopique et nécessite des soins appropriés. En fin de grossesse, il contre-indique formellement le toucher vaginal et impose une référence urgente pour confirmer ou éliminer un placenta prævia ou un décollement prématuré du placenta.

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

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

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

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

### **5.3. Les soins prénatals recentrés insistent sur :**

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

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

En somme, la consultation prénatale recentrée ne recommande plus :

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

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

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

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

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

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

#### **5.4. Eléments des soins prénatals recentrés**

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

- détection et traitement précoces des problèmes et complications ;
- prévention des maladies et des complications ;

- préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications ;
- promotion de la santé.

#### **5.4.1. Détection et traitement précoces des complications**

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

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

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

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

#### **5.4.2. Prévention des maladies et des complications**

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

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

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

La posologie indiquée est la suivante :

- **du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après l'accouchement :**
  - Donner 60mg de fer élément +400µg d'acide folique par jour (1 CP) ;
- **du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :**
  - Donner 120 mg de fer élément +800µg d'acide folique par jour (2 comprimés)

- espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer acide folique à cause de leur interférence ;
- si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement ;
- si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.
- le déparasitage (Albendazole : 1 comprimé de 400mg) au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse ;
- d'autres interventions nationales/régionales peuvent être initiées telles que :
  - l'apport complémentaire en vitamine A par la consommation de légumes de fruits jaunes ou orange, de fretins etc.....
  - l'apport complémentaire en iode par la consommation de sel iodé
  - l'apport complémentaire en fer par la consommation de foie, cœur, rognon, abats d'animaux, lait et produits laitier, viande rouge, œufs, feuilles vertes foncées, haricot vert, niébé, sorgho, soja etc.....
  - la prévention de la transmission mère enfant du VIH(PTME) par le dépistage précoce, volontaire et le traitement aux ARV à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse et au début du travail pour la femme enceinte qui n'a pas reçu d'ARV.

#### **5.4.3. Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications :**

Si une femme est bien préparée à l'accouchement normal et aux éventuelles complications, elle est plus apte à recevoir les soins appropriés dont elle a besoins pour préserver sa santé et celle de son nouveau-né. Selon les statistiques,

15% de toutes les femmes enceintes développent une complication mettant leur vie en danger et on ne peut pas prévenir la survenue de la plupart de ces complications.

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

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

Prestataire compétent	Les formations sanitaires devraient assurer la disponibilité du personnel qualifié et compétent pour prendre en charge les accouchements et les complications si elles surviennent. Le prestataire doit s'assurer que la femme et sa famille savent comment contacter la structure sanitaire au moment approprié.
Lieu de l'accouchement	Aider la femme à prendre les dispositions pour que l'accouchement ait lieu dans une formation sanitaire (CSCoM, CS Réf, Hôpital, CHU ou clinique privée).  Selon les besoins individuels de la femme, il se peut que vous ayez besoins de recommander une structure sanitaire de niveau spécifique pour l'accouchement, ou simplement d'aider la femme à accoucher dans la formation sanitaire qu'elle a choisie.
Transport d'urgence	S'assurer que la femme et sa famille connaissent les systèmes de transport et qu'elles ont pris les dispositions spécifiques pour :  - le transport au lieu d'accouchement  - le transport d'urgence à une structure appropriée si des signes de danger surviennent.
Fonds pour les urgences	S'assurer que la femme et sa famille ont des fonds personnels épargnés ou d'autres sources de financement (mutuelle de

	<p>santé, tontine et associations) auxquels elles peuvent accéder en cas de besoins pour payer les soins d'un accouchement normal ou compliqué.</p> <p>Si cela est pertinent, discuter des fonds d'urgence qui sont disponibles par l'entremise de la communauté et/ou de la structure sanitaire (caisse de solidarité du système de référence/évacuation).</p>
Prise de décisions	<p>Discuter, comment les décisions sont prises dans la famille de la femme (qui prend normalement les décisions ?), et décider de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment les décisions sont prises lors du début de travail ou si des signes de danger surviennent (qui est le décideur principal ?), et</li> <li>- Qui d'autre peut prendre des décisions si cette personne n'est pas présente ?</li> </ul>
Le soutien	<p>Aider la femme à prendre des décisions ou des dispositions pour le soutien nécessaire, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une personne qu'elle choisit pour l'accompagner pendant le transport et rester avec elle durant son séjour à la maternité ;</li> <li>quelqu'un pour s'occuper de sa maison et de ses enfants en son absence.</li> </ul>
Donneurs de sang	<p>Aider la femme/famille à identifier un ou plusieurs donneurs de sang</p>
Articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr et pour le nouveau-né	<p>S'assurer que la femme a rassemblé les articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr. Discuter de l'importance de garder ces articles ensemble pour pouvoir les récupérer rapidement quand elle en aura besoin.</p> <p>Ces articles peuvent être achetés petit à petit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la mère : garnitures/pagnes propres, savon et draps</li> </ul>



	propres, seau, eau de javel 12°, alèze propre, fiche personnel/carnet etc..... - pour le nouveau-né : couvertures, serviette, etc.....
--	---

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

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

#### **5.4.4. Promotion de la santé :**

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

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

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

- la planification familiale ;

La vaccination de la mère et du nourrisson

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est un objectif accessible dans la plupart des PVD si tous les acteurs du système agissent en synergie, avec compétence et motivation, dans le respect de l'autre et des règles d'éthique. [14]

#### **5.4.5. Procédures de CPN : [14]**

##### **5.4.5.1. Accueillir la femme avec respect et amabilité :**

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bienvenue ;
- offrir une chaise ;
- se présenter à la femme ;
- demander son nom ;
- assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

##### **5.4.5.2. Procéder à l'interrogatoire/enregistrement :**

- a. informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- b. recueillir les informations sur l'identité de la femme : nom, prénom, âge, profession, adresse, nom et prénom du mari, profession du mari ;
- c. rechercher les antécédents médicaux : maladies de la femme, maladies de la mère, du père, maladies héréditaires dans la famille ;
- d. rechercher les antécédents obstétricaux :
  - parité ;
  - gestité ;
  - nombre d'avortements, de prématuré, de grossesse extra utérine ;
  - nombre d'enfants vivants, de mort-nés, de malformation ou de décès juste ; après l'accouchement, de décès dans la période néonatale et les causes de décès ;

- problèmes liés aux accouchements précédents (fistule vésico-vaginale, déchirure périnéale, etc.) ;
  - poids de naissance des enfants, espace inter gésique, âge du dernier enfant ;
- e. rechercher les antécédents chirurgicaux :
- antécédents de césarienne ;
  - antécédents de myomectomie ;
  - antécédents de fistule vésico-vaginale ;
  - antécédents de déchirure périnéale complète compliquée.
- f. demander l'histoire de la grossesse actuelle :
- date des dernières règles ;
  - pathologie prénatale.
- g. rechercher et enregistrer les facteurs de risque :
- g1 : Rechercher les maladies coexistant avec la grossesse : Toxémie ; diabète, HTA, cardiopathie

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

- menace d'accouchement prématuré ;
- hémorragies du 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

g3 : relever les notions d'ordre général :

- primigeste inférieure à 16 ans (adolescente) : risque de prématurité, d'expulsion difficile due à l'immaturation des organes ;
- primigeste supérieure à 30 ans : risque d'expulsion longue à cause de la tonicité du périnée pouvant entraîner une souffrance fœtale aiguë ;
- femme de 40 ans et plus : risque d'anomalies congénitales (trisomie 21 : mongolisme), hypertensifs, d'avortement, de prématurité, de placenta prævia ;

- grande multipare, 7 accouchements ou plus : risque de placenta prævia, de présentations vicieuses, de rupture utérine, d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine ;
- grossesses multiples, jumeaux, triplés etc.: risque de prématurité, d'hypotrophie, d'hémorragie par atonie utérine due à la surdistention, de placenta prævia, de présentations vicieuses, de dystocie dynamique, de malformations ;
- Grossesses rapprochées, intervalle inter génésique inférieure à 2 ans : risque d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de malnutrition pour l'enfant déjà né ;
- femme de petite taille, inférieure à 1,50m : risque de bassin rétréci, de décès périnatales élevés ;
- anomalies pondérales, inférieures à 45 kg et supérieures à 90 kg : risque d'accouchement prématuré, de souffrance fœtale aiguë, d'accouchement dystocique ;
- niveau socio-économique faible : risque de prématurité, d'hypotrophie ;
- habitudes de vie (Fumeuse, alcoolisme, excitants, travaux pénibles ou excessifs) : risque d'avortement, de prématurité, d'hypotrophie ;

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

#### **5.4.5.3. Examen général :**

- faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire
- expliquer à la cliente le déroulement de l'examen ;
- demander à la cliente de se déshabiller (en privé) ;
- observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis) ;
- peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée) ;

- mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards) ;
- prendre la tension artérielle (assise) ;
- aider la femme à s'installer sur la table d'examen ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel ;
- Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) ;
- recherche les œdèmes au visage ;
- examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, recherche d'une exophtalmie) ;
- examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire) ;
- palper la glande thyroïde (goitre) ;
- examiner les seins (recherche de sécrétion ou de nodules) : CF. fiche technique examen du sein ;
- ausculter le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffres), et les poumons (recherche de râles) ;
- palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépatosplénomégalie) ;
- examiner la région de l'ombilic, de l'hernie ou cicatrice de laparotomie) ;
- examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes) ;
- expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;
- noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.

### **Examen général (suite) : Examen du sein :**

#### **a) Conditions :**

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

## **b) Examen :**

### **b1. Inspection :**

- observer les seins de la cliente debout et assise à la recherche de symétrie des seins ;
- vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes ;
- demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps, s'il y a rétraction du mamelon ;
- demande à la cliente de se coucher sur la table d'examen ;
- placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrants

### **b2. Palpation :**

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

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

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

### **Autopalpation des seins :**

- apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins ;
- demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour recherche une asymétrie des seins) ;
- placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse ;
- presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang) ;
- recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est fréquent chez la femme.

### **5.4.5.4. Procéder à l'examen obstétrical :**

- Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical ;
- mettre la femme en position gynécologique ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ;
- palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux ;
- mesurer la hauteur utérine ;
- ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF) ;
- porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles ;
- nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire ;
- placer le spéculum ;
- observer le col et le vagin (état, pathologies) ;
- faire des prélèvements, si nécessaire ;



- retirer le spéculum ;
- tremper le spéculum dans l'eau de décontamination ;
- faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
- examiner le bassin (Cf. fiche technique examen du bassin) ;
- examiner et sentir les pertes sur les gants ;
- nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse ;
- tremper le matériel dans la solution de décontamination ;
- tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire ;
- expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;
- enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

#### **5.4.5.5. Demander les examens complémentaires :**

##### **a) A la première consultation :**

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

##### **b) Pour les autres consultations :**

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

c) Vacciner la femme contre le tétanos ;

d) Prescrire la SP :

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

➤ 1<sup>ère</sup> Prise : 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux.

➤ 2<sup>ème</sup> Prise : 8<sup>ème</sup> mois de la grossesse au plus tard :

- l'intervalle minimum est de 1 mois entre les 2 prises ;
- la prise doit être supervisée (en présence du prestataire) ;
- la femme doit dormir sous MII pendant toute la durée de la grossesse et observer les mesures d'hygiène ;
- la SP est contre indiquée avant 4 mois et au 9<sup>ème</sup> mois

d) Assurer la supplémentation en fer et acide folique :

➤ Du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :

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

- du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement :

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

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

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

- si la femme se présente au moment de l'accouchement ;

- commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.

#### **5.4.5.6. Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille**

- identifier un prestataire complémentaire ;
- identifier le lieu de l'accouchement ;
- clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- informer de la nécessité de recourir le plus tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;
- identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- identifier les articles nécessaires pour l'accouchement ;
- renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger

#### **Signes de travail :**

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

#### **Signes de danger chez la femme enceinte :**

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

#### **5.4.5.7. Donner le prochain rendez-vous :**

- a) Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
- une au 1<sup>er</sup> trimestre ;
  - une au 2<sup>ème</sup> trimestre ;
  - deux au 3<sup>ème</sup> trimestre dont une au 9<sup>ème</sup> mois.
- b) Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin.
- c) Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

#### **5.4.5.8. Consultation prénatale de suivi :**

*Cf. CPN initiale.*

Rechercher :

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

## **METHODOLOGIE**

## **VI. METHODOLOGIE**

### **Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée au C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati.

### **6-1 Historique DU CSREF DE KATI :**

Autrefois appelé AM (Assistance Médicale) de Kati, qui a eu son apogée grâce au premier infirmier Moussa DIAKITE, un patriote dévoué à son travail, sa disponibilité et son savoir faire, a fait de l'AM un lieu fréquenté par la population.

Le CS Réf de Kati a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu C.S.Réf de Kati (Centre de Santé de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

### **6.1.2 Données géographiques :**

C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati:

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environ.

Il est situé au plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est. Il recouvre 36 aires de santé + le CS Réf.

Commune urbaine de Kati : est limitée :

- au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- à l'Est par la commune rurale de Safo,
- au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati coro, Coco, Sananfara et

Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoro niaré) et un (1) hameau (Sébénikoro).

### **6.1.3 Population :**

Le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3<sup>ème</sup> région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du Mali avec : les Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Sénoufos.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

### **6.1.4 Infrastructures socio-sanitaires :**

-Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-universitaire de Kati.

-Structures sanitaire de deuxième niveau :

Centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

-Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de garnison, CSCOM de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara),

Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.

-Secteur privé :

Cliniques (TENAN, ALLAMA, PLATEAU)... et des cabinets.

### **6.1.5 Différents services du CS Réf :**

Le C.S.Réf Major Moussa DIAKITE de Kati se compose de plusieurs unités :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI)
- Une unité d'Odontostomatologie ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de santé de la reproduction qui comprend :
  - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
  - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits,
  - Deux salles de garde (des sages-femmes et Internes),
  - Une salle de CPN,
  - Une salle de PF,
  - Une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains,
  - Une salle PTME,
  - Deux bureaux pour les gynécologues,
  - Un bureau pour la sage-femme-maitresse,



- Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation.
- Trois salles d'hospitalisation Ces différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état et ceux pris en charge sur recouvrement des fonds PTME ou payés sur fonds projet PTME.

**Tableau I: Personnel du C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati à la date du 31 décembre 2013 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds P P T E.**

Gynécologue obstétricien ;	02
Spécialiste en chirurgie générale ;	01
Ophtalmologue ;	01
Médecin généraliste dont le chef de service;	08
Pharmacien ;	01
Tehnicien d'Hygiène et assainissement ;	02
Technicien sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin, Radiologue, gérant de la pharmacie) ;	21
Sage-femme ;	07
Infirmière obstétricienne ;	06
Aide-soignante ;	02
Matrone ;	01
Secrétaire ;	03
Assistant médical (anesthésiste) ;	01
Chauffeur ;	04
Gardien;	02

Archiviste;	01
Billeteur ;	01
Comptable ;	02
Caissière ;	01
Lingère ;	02
Manœuvre...	02

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMOS.

### **6.1.6 Activités de gynécologie - obstétrique**

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 h 30min réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manœuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées. Les urgences gynéco- obstétriques bénéficient d'une prise en charge diligentée.

**Tableau II: Equipement de la maternité**

	Matériels	Nombre
	Table d'accouchement	2
	Stéthoscope obstétrical	2
	Bassin de lit	2
	Source d'oxygène	0
	Source d'eau chaude	0
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
Salle	Source lumineuse	1
d'accouchement	Poubelles	2
	Poupinel	1
	Ventouse	1
	Boite d'accouchement	5
	Table chauffante pour Nné	0
	Table de réanimation pour Nné	1
	Boite de laparotomie	1
	Boite gynécologique	1
	Boite de forceps	1
	Boite de césarienne	2
	Table opératoire	2
	Boite de sécurité	2
Bloc opératoire	Autoclave	1
	Bistouri électrique	1
	Poupinel	1
	Aspirateur	2
	Générateur d'oxygène	1
	Poubelles	2

Boite à blouses et champs	4
Lampe scialytique	1

## **6.2. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective.

La collecte des données sur le terrain a été réalisée du 03 novembre 2013 au 03 mars 2014

## **6.3. Population d'étude**

Elle a concerné : les femmes enceintes, les accouchées, nouveau né et le personnel chargé de la CPN.

### **6.3.1. Critères d'inclusion : étaient incluses dans cette étude :**

- toute femme enceinte ayant 6 mois (en semaine) de grossesse et qui ont acceptée de participer à l'étude ;
- toute accouchée ayant été suivie par nous pendant la grossesse et qui ont acceptée de répondre aux questions;
- tout nouveau-né dont la mère a été suivie par notre équipe ;
- le personnel qui travaille dans les unités CPN et accouchement du CS réf de Kati et qui ont acceptée de répondre à nos questions ;
- le médecin chef du CS réf de Kati.

### **6.3.2. Critères de non inclusion :**

- toute femme enceinte qui ont refusée de se soumettre à notre enquête ;
- toute femme enceinte dont l'âge de la grossesse était inférieur ou supérieur à six mois ;
- le personnel des unités CPN et accouchement qui ont refusé de se soumettre à nos questions ;

- toute accouchée ayant été suivie par nous pendant sa grossesse et qui ont refusée de répondre à nos questions

#### 6.4. Méthode et technique d'échantillonnage

- La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.
- Les techniques d'échantillonnage suivantes ont été utilisées :
  - raisonné pour les agents chargés de la CPNR;
  - choix exhaustif pour les femmes enceintes.
  - choix exhaustif pour les accouchées et nouveau-nés.

#### 6.5. Taille de l'échantillon

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

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

Avec :

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

Une précision :  $i = 5\%$

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

$q = 1 - p = 30\%$

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

En prenant 10% de cette taille comme taux de non réponse possible soit 13, nous aurons taille minimale de l'échantillon  $n = 126 + 3 = 129$ .

## 6.6. Variables

### a. les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes :

- l'âge des gestantes ;
- leur statut matrimonial
- leurs antécédents obstétricaux
- l'ethnie
- leur niveau d'instruction
- profession
- leur statut économique.

### b. Variables relatives à l'accueil :

- salutation de la gestante (Souhaite la bienvenue, invitée à s'asseoir
- présentation;
- langue de communication (Consultante comprenait-elle la langue)

Variables liées à l'interrogatoire de la parturiente

- Identité de la femme
- demande des plaintes;
- demande de la date des dernières règles à la 1<sup>ère</sup> visite;
- demande du carnet de la grossesse précédente ;
- profession du mari
- distance parcourue pour venir au centre
- antécédents (Recherche des antécédents gynéco- obstétricaux, médicaux (HTA, diabète) et chirurgicaux césarienne.....).
- Rechercher facteurs de risque (menace d'accouchement prématuré, hémorragies) ;
- Informe la femme du déroulement de la consultation
- recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé du dernier enfant pour la vaccination antitétanique

## **b. Variables liées à l'examen physique**

- Observer l'état général de la femme ;
- demander à la femme de vider la vessie;
- Se laver les mains avant et après l'examen
- prise de la température ;
- prise du poids : peser la femme ;
- prise de la tension artérielle ;
- mesure de la taille ;
- recherche de la pâleur conjonctivale ;
- recherche des œdèmes des membres inférieurs
- inspecter l'abdomen et noter la présence de cicatrices chirurgicales ;
- examiner les seins
- palper la thyroïde à la recherche d'un goitre ;
- examiner les membres inférieurs à la recherche de varices ; d'œdèmes
- explique à la femme les résultats de l'examen et rassure la;

## **c. Variables liées à l'examen obstétrical :**

- recherche des pôles fœtaux à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse.

Palper l'abdomen et noter :

- La hauteur utérine ;
- les mouvements fœtaux ;
- la position fœtale (à 36 semaines de grossesse ou plus)
- les bruits du cœur fœtal (20<sup>ème</sup> semaine de grossesse).
- toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
- examiner le bassin
- mettre des gants stériles ;

- inspecter le périnée ;
- effectuer un examen au spéculum pour observer le col et le vagin;
- auscultation des bruits du cœur foetal à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse;

#### Tâches après l'examen physique et obstétrical

- Décontamine le matériel : gant, spéculum ;
- se laver soigneusement les mains ;
- aide la femme à se mettre ans la position assise ;
- calcule la date présumée de l'accouchement ;
- communique le résultat de l'examen à la femme ;
- remplit : registre, carnet de santé, carte maternelle ;
- examens para cliniques demandes : groupage/rhésus; NFA, BW, test d'Emmel/ électrophorèse de l'hémoglobine ; sérologie VIH (si accord de la femme après counseling) ; recherche l'albumine et le sucre dans les urines

#### **d. Variables liées à la prophylaxie**

- Traite les affections dépistées ;
- donne la dose supervisée de SP à partir de 16 S.A
- donne du fer/acide folique
- donne du Mébendazole à partir de 16 S.A
- administre le VAT pour la femme non vaccinée

#### **e. Variables liées aux conseils**

Donner toutes les explications sur la prise des médicaments

- Explication de la posologie de la SP, du fer et de la folique, du Mébendazole ;



- discute du plan d'accouchement et des complications avec la femme et du bien-fondé de l'implication de son mari ;
- cherche une possibilité de rencontrer le mari pour son implication ;
- donne des conseils sûr : hygiène corporelle, hygiène alimentaire, l'allaitement maternel exclusif, la PF, l'utilisation des produits nocifs (alcool, tabac), repos et l'activité, l'allaitement maternel exclusif, la prévention du paludisme par la TPI et le MII ;
- discute du programme de ses prochaines visites (20 à 24 semaines ; 28 à 32 semaines ; 36 semaines) ;
- expliquer l'importance de respecter les dates de rendez vous et la nécessité de venir en cas de besoin ;
- expliquer que les visites non programmées peuvent avoir lieu n'importe quand (si des complications surviennent ou si elle a des préoccupations).
- enregistrer tous les résultats et médicaments prescrits/dispensés à la femme dans la fiche prénatale et la fiche clinique de la femme.

**f. Variables liées à la communication interpersonnelle :**

- écoute attentivement la cliente
- utilise une communication positive non verbale (sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie)
- utilise un vocabulaire approprié
- répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend
- demande la cliente si elle a d'autres questions/problèmes à poser
- félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien
- indique la date du prochain rendez-vous;

Variables liées à la qualité des CPNR (Compétence technique du personnel de santé, disponibilité des locaux et ressources, l'environnement physique des soins, l'organisation et le fonctionnement des services de CPNR);

### **g) Variables relatives à l'opinion des mères et du personnel**

La variable dépendante de cette étude est l'issue de la grossesse avec ses deux modalités (issue favorable et issue défavorable). L'issue est favorable lorsque l'accouchement se déroule sans complications. En présence de complications l'issue est dite défavorable. Les complications retenues sont les fausses couches, l'accouchement de mort-nés, le décès maternel, la césarienne, l'hypotrophie et les accouchements prématurés.

Au regard du nombre important de gestes et pratiques des directives nationales, nous avons retenu au hasard un geste sur deux, après leur classement par ordre d'implication obstétrical. Cependant, les gestes obstétricaux ont été retenus d'office chez chaque femme pour apprécier la qualité du contenu.

### **6.7 Définition et mesure de la qualité des soins**

La variable dépendante de cette étude est l'issue de la grossesse avec ses deux modalités (issue favorable et issue défavorable). L'issue est favorable lorsque l'accouchement se déroule sans complications. En présence de complications l'issue est dite défavorable. Les complications retenues sont les fausses couches, l'accouchement de mort-nés, le décès maternel, la césarienne, l'hypotrophie et les accouchements prématurés.

Notre référence a été les normes et procédures en CPN au Mali, version 2010. Les procédures en matière de CPN décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestations. Elles indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre de CPN de qualité

Nous avons apprécié l'exécution des gestes et pratique par le prestataire conformément aux directives nationales. Chaque étape de la CPN est composée d'un certain nombre de gestes et d'actes.

Pour chaque étape, on a compté le nombre de gestes et pratique. Chaque geste et acte réalisé équivaut à un point. Un score maximum a été ainsi déterminé pour chaque étape en faisant le total des points.

Quand le geste est réalisé on attribue un (1) point et zéro (0) s'il n'est pas réalisé. Ensuite on fait le total des points obtenus pour chaque étape donnée de la CPN.

Nous avons retenu des variables discriminantes dont la liste figure en annexe. Le non réalisation de ces variables remet en cause la qualité de l'étape considérée. Les gestes obstétricaux ont été retenus d'office chez chaque femme pour apprécier la qualité du contenu de la CPN.

Pour apprécier le niveau de compétence technique de l'agent, on a calculé le pourcentage du score obtenu sur le score maximum.

Nous avons défini la qualité des gestes et pratiques de toutes les étapes de la CPN (accueil, interrogatoire, l'examen physique, examen obstétrical, taches après examen, prescription des soins préventifs, prescription des examens complémentaires, conseils pour la santé et la communication interpersonnelle.).

La compétence technique de l'agent observé est :

- Bonne si pour une femme observée, le score obtenu est de 80% à 100%
- Acceptable si le score est compris entre 60% et 80%.
- Faible s'il est inférieur à 60%.

Compétence technique des agents du CS Réf

Elle est bonne si les agents ont obtenu un score compris entre 80 et 100%, pour un score compris entre 60% et 80% elle est acceptable et mauvaise pour un score inférieur à 60%.

Nous avons ensuite défini la qualité des soins par consultation en trois modalités  
- Lorsque l'étape de l'examen obstétrical est bonne et que toutes les autres étapes (accueil, interrogatoire, examen physique, taches après examen, conseils pour la santé, examens para cliniques, prescription des soins préventifs et

mesures communication interpersonnelle.) sont de bonne qualité, la qualité de la CPN est déclarée bonne.

- Quand l'examen obstétrical est bon et que deux des trois autres groupes de gestes sont de bonne qualité, la qualité de CPN est acceptable.
- Lorsque l'examen obstétrical est mauvais la qualité de CPN est mauvaise quelle que soit la qualité des autres groupes de variables.

En tenant compte de la qualité de chaque consultation, nous avons ensuite défini la qualité globale du contenu des visites des femmes suivies :

- Lorsque la qualité des CPN est bonne aux deux consultations de suivi, la qualité globale est dite bonne;
- Par contre, lorsque à une seule consultation, la qualité est bonne ou à aucune la qualité du contenu n'est pas bonne, la qualité globale de la visite est déclarée mauvaise.

Aussi, les trois modalités de la qualité globale des soins prénataux de la femme sont :

- Qualité bonne;
- qualité acceptable;
- qualité mauvaise.

Nous avons enregistré les issues des grossesses directement à la maternité pour les gestantes qui y ont accouchées et nous avons évalué leur état de santé et celui du nouveau-né. Les nouveaux ont été pesés et leur Apgar quantifié. Nous avons par la suite regroupés les issues en favorable si l'accouchement s'est déroulé sans complication et défavorable en présence de complication.

Pour les femmes suivies et qui n'ont pas accouché en commune Kati, nous avons utilisé leur adresse pour les joindre dans les lieux d'accouchement et enregistrer l'issue de leur grossesse.

## **6.7. Technique et outils de collecte :**

### **a. Technique de collecte des données :**

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- L'observation directe des visites prénatales :

Elle a concerné les prestataires de la CPNR. Nous avons procédé à une observation directe non participante des gestes et pratiques du prestataire pour apprécier leurs performances et relever les insuffisances. On a informé la gestante dès son entrée en salle de consultation de notre présence. On lui a expliqué les objectifs de l'enquête

- Observation du matériel : nous avons dans un premier temps procédé à l'inventaire du matériel disponible dans la structure de soins prénataux et dans un second temps apprécié l'état du matériel (existant fonctionnel, existant non fonctionnel).
- Observation de l'environnement physique :

Observation des éléments de l'organisation : il s'agissait de vérifier l'existence des éléments

Suivants :

- énumération des tâches pour les agents impliqués dans les CPNR,
- calendrier des activités de la maternité,
- programme de supervision du personnel chargé de la CPNR,
- programme des réunions de monitoring des activités de CPNR,
- programme de recyclage du personnel
- Observation du fonctionnement

Elle a été faite avec les prestataires de la CPNR pour connaître leur qualification, les différentes formations reçues en la matière, apprécier les conditions de travail, la durée de la CPN, superviser et recueillir leurs opinions.

- Entretien avec les gestantes :

Elles ont été interrogées à la sortie des postes de consultation pour recueillir leur opinion sur la qualité des soins reçus.

- Exploitation documentaire, elle concernera :
  - Les fiches de stock des médicaments essentiels de la CPNR et vaccin (VAT) : les médicaments concernés sont la sulfadoxine pyriméthamine, le fer/Acide folique, le mébendazole, le vaccin antitétanique et les antirétroviraux.  
Il faut apprécier, la disponibilité, le nombre de jours de rupture.
  - les cartes de santé maternelle, pour apprécier la qualité du remplissage, les médicaments et examens prescrits aux visites antérieures

#### **b. les outils de collecte :**

Les outils suivants ont été élaborés :

1. une grille d'observation de la 2<sup>ème</sup> CPNR pour prestataire : La grille d'observation des visites prénatales est scindée en trois volets correspondant à chaque trimestre de grossesse. Les items relatifs, aux gestes et pratiques prévus pour chaque type de consultation prénatale y sont reportés.
2. une grille d'observation pour les prestataires de la CPNR ;
3. une grille d'observation de l'organisation et du fonctionnement
4. une grille d'observation de l'environnement physique
5. une grille d'observation du matériel
6. une guide d'entretien avec le responsable de la maternité
7. un guide d'entretien avec les agents chargés de la CPNR
8. un guide d'entretien individuel avec les utilisatrices
9. une fiche de dépouillement: pour les fiches de stock des médicaments essentiels, de la CPNR et le VAT ;
10. une fiche de dépouillement des cartes maternelles

## **6.8. Déroulement :**

La collecte a débuté le 03 Novembre 2013. Les enquêteurs ont été formés sur le contenu et les techniques de collecte. Les outils ont été pré-testés après la formation au Cs Réf de la commune II et corrigés. Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la tenue de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le Directeur du CREDOS. Avant tout contact avec les services prénataux, des démarches administratives ont été entreprises auprès des autorités de la maternité en vue de l'autorisation pour l'enquête. Ce n'est qu'après cette autorisation que nous avons informé le personnel chargé des consultations prénatales.

L'enquêteur a recruté les femmes ayant 6 mois de grossesse au niveau de l'unité CPN. Il a suivi les femmes recrutées jusqu'à l'accouchement pour apprécier la qualité de la CPN et l'issue de la grossesse.

La grille a été pré testée auprès de 30 femmes, distinctes de celles incluses dans l'enquête, admises à la maternité bien avant le déroulement de l'enquête proprement dite.

Les résultats du pré test ont permis de modifier l'ordre successif des gestes et pratiques de la grille. Aussi nous avons expérimenté la technique d'observation non participative de l'enquête.

L'équipe de collecte était composée d'un étudiant en médecine stagiaire interne formé à la collecte des données de notre enquête ainsi que de moi-même. Cette formation a été axée sur la manière d'observer les gestes et pratiques sans influencer le déroulement de la consultation.

A chaque admission de femme, nous lui avons expliqué l'objet de notre présence en vue d'obtenir son consentement. Nous avons suivi le déroulement de la consultation à distance. A chaque geste, nous avons rempli la grille d'observation contenant la liste de contrôle des pratiques.

A la fin de la visite, nous avons accolé une étiquette au carnet de la femme afin de la retrouver à la prochaine séance.

Les consultations prénatales ayant lieu tous les jours ouvrables, nous avons assisté à toutes les séances jusqu'au recrutement de l'ensemble des cas constituant la cohorte de départ. Cette cohorte de femmes enceintes, a été revue à chacune des autres visites prénatales.

L'observation s'est déroulé dans les mêmes conditions jusqu'à l'accouchement de ces femmes.

Pour les données relatives à l'issue de grossesse, nous avons assisté aux accouchements survenus lors de la période d'enquête et enregistré les issues des grossesses.

Pour les femmes suivies et qui n'ont pas accouché au centre de suivi, nous avons utilisé leur adresse pour les joindre dans les lieux d'accouchement et enregistrer l'issue de leur grossesse. A été considérée comme perdue toute femme qui n'a pas répondu à nos appels 2 fois de suite.

#### **6.9. Traitement et analyse des données :**

Les données collectées ont été saisies par le logiciel Excel et traitées par le logiciel Epi-info.

Les femmes perdues de vue avant l'accouchement ont été exclues de l'analyse.

L'analyse de la qualité des consultations prénatales s'est déroulée comme suit :

- L'analyse de la qualité en tenant compte du nombre de visites ( $\geq 4$  suivi correct;  $< 4$  suivi non correct)
- la qualité des gestes et pratiques effectués par la sage-femme (fait/non fait);
- la qualité de la consultation aux 2 visites ;
- la qualité globale de consultation prénatale des gestantes.

Pour les issues de grossesses, nous avons calculé la fréquence de chaque complication puis regrouper ces complications en issues défavorables de grossesse.

La relation entre la qualité et l'issue de grossesse observée a été vérifiée à l'aide du test de Chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher lorsque l'effectif théorique est inférieur à 5.



L'issue de la grossesse a été comparée chez les femmes ayant bénéficié d'une CPN de qualité et celles qui n'en ont pas reçu.

#### **6.10. Considérations éthiques :**

Une correspondance a été adressée aux autorités sanitaires pour les informer et obtenir leur consentement avant le début de l'étude. L'accord des gestantes et des prestataires de la CPN a été sollicité avant le démarrage effectif de l'étude et la confidentialité des données collectées a été préservée. La bonne pratique médicale a été observée.

Cette étude a apporté des renseignements nouveaux ; utiles et bénéfiques. Elle a permis de mieux connaître l'influence d'une CPN de qualité sur l'issue de la grossesse.

Les suggestions qui ont découlé de cette étude ont été mises à la disposition de toutes les autorités sanitaires pour une amélioration des services de santé.

## **RESULTATS**

## **VII. Résultats**

L'étude a concerné 129 gestantes et 12 prestataires de CPN. Les résultats sont présentés par objectif.

### **7.1. Etude de la structure**

**Elle concernait :**

- Les données physiques ;
- l'organisation du travail ;
- le système de tarification.

#### **7.1 Données physiques :**

##### **a) Autrefois appelé AM (Assistance Médicale) de Kati.**

Le CS Réf de Kati a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu C.S.Réf de Kati (Centre de Santé de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

##### **b) Locaux :**

- STRUCTURE DU CS réf de Kati :

Le centre est clôturé d'un mur à hauteur acceptable. La clôture est faite en dur (la moitié Inférieure) et fer (la moitié supérieure), en bon état.

A l'entrée du centre et à droite on note une pancarte (organigramme) donnant une vue d'ensemble et permettant une meilleure orientation dans le centre.

Cet établissement comporte onze (11) services techniques tous fonctionnels, dont le

Service de gynécologie obstétrical a été la cible de notre étude.

**Tableau III: Représentatif des locaux et équipements du service de gynécologie obstétrique de kati.**

Locaux / Equipements	Nombres	Etat
Salle de consultation gynécologique	2	Bon
Salle de travail d'accouchement	1	Bon
Salle d'attente	1	Bon
Salle de consultations prénatales et post-natales	1	Bon
Salle de PTME	1	Bon
Salle de planning familial	1	Bon
Salle d'hospitalisation	1	Bon
Salle des Internes	1	
Toilettes Homme et Femme	2	Bon
Table de consultations	1	Bon
Table d'accouchement	3	Bon
Lit d'hospitalisation	8	Bon
Ventouse	1	
Forceps	1	Bon
Spéculum	9	Bon
Lampe baladeuse	2	Bon
Tension mètre	1	Bon
Stéthoscope obstétrical	2	Bon

Thermomètre à mercure	0	Bon
Thermomètre électronique	3	
Balance pour gestantes	2	Bon
Balance pour bébé	1	Bon
Toise	1	Bon
Mètre ruban	2	Bon
Montre réveil	1	Bon
Boite de pansement	1	Bon
Boite de glace pour oxytocique injectable	0	
Boite d'épisiorraphie	1	Bon
Bouteille d'oxygène	0	
Echographe	1	Bon
Cardiotopographe	0	

Le service de gynécologie obstétrical en accord avec le service de chirurgie utilise le même bloc opératoire qui est composé de :

- deux salles d'intervention,
- une salle de stérilisation,
- un vestiaire,
- une salle pour les anesthésistes.

La présentation et l'équipement du bloc opératoire sont satisfaisants.

Le dépôt de médicaments est approvisionné par le canal de la pharmacie populaire du Mali.

L'éclairage de l'hôpital est assuré par le réseau public (EDM) mais pris en relais par un groupe électrogène en cas de coupure d'électricité.

L'approvisionnement en eau est assuré par le réseau public.

La communication est assurée par le téléphone fixe, l'interphone, et l'Internet.

La gestion des déchets biomédicaux est bien assurée.

Le parc automobile est composé de :

- Un véhicule Hi lux 4x4 en bon état,
- Une ambulance 4x4 en bon état,
- Deux Toyota BJ 75 l'un en bon état et l'autre en état passable,

**Tableau IV : Représentatif du système de tarification au service de gynécologie obstétrique de Kati :**

Désignations	Montants en Franc CFA
Ticket de consultation gynécologique	1000
Carnet de consultation prénatale	1000
Ticket de consultation prénatale	1000
Ticket de consultation post-natale	1000
Accouchement	5000
Hospitalisation	500
Déclaration de naissance	Gratuite
Carnet de vaccination	200
Echographie obstétricale	6500
Kit myomectomie	30000
Kit kystectomie	20000
Kit laparotomie	20000
Kit hystérectomie	30000
Kit grossesse extra-utérine	20000
Kit Cerclage	10000
Kit d'adhésiolyse	30000
Périnéorraphie	5000

---

Aspiration manuelle intra-utérine	10000
Kit de césarienne	Gratuit
Kit pour tumeur ovarienne	20000
Pansement	500
Perfusion	250
Injection intraveineuse	250
Injection intramusculaire	200

---

**Tableau V: Personnel du C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati à la date du 31 décembre 2010 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds P T M E.**

Gynécologue obstétricien ;	02
Spécialiste en chirurgie générale ;	01
Ophthalmologue ;	01
Médecin généraliste dont le chef de service;	08
Pharmacien ;	01
Technicien d'Hygiène et assainissement ;	02
Technicien sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin, Radiologue, gérant de la pharmacie) ;	21
Sage-femme ;	07
Infirmière obstétricienne ;	06
Aide-soignante ;	02
Matrone ;	01
Secrétaire ;	03
Assistant médical (anesthésiste) ;	01
Chauffeur ;	04
Gardien;	02
Archiviste;	01
Billeteur ;	01
Comptable ;	02
Caissière ;	01
Lingère ;	02
Manœuvre...	02

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMPOS.



## **7.2. Activités de gynécologie - obstétrique**

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 h 30min réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées. Les urgences gynéco- obstétriques bénéficient d'une prise en charge diligentée

### 7.3. Caractéristiques des gestantes suivies au Centre de Santé de Référence de Kati

#### 7.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

**Tableau VI : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati par âge et par niveau d'instruction du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Age (année)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
15-19	31	24,03%
20-24	34	26,35%
25-29	32	24,80%
30-34	15	11,62%
35-39	12	09,30 %
40-44	05	03,87 %
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun	44	34,11
Primaire	39	30,23
Secondaire	25	19,38
Supérieur	21	16,28
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Parmi les gestantes enquêtées 26,35% avaient un âge compris entre 20 et 24 ans avec des âges extrême allant de 15 à 44 ans.

Il y a 34,11% des gestantes qui n'avaient aucun niveau d'instructions

**Tableau VII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon le statut matrimonial et la profession du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	08	06,20
Mariée	114	88,37
Veuve	06	4,65
Divorcée	01	0,77
<b>Profession</b>		
Ménagère	53	41,08
Vendeuse	23	17,82
Fonctionnaire	06	04,65
Aide-ménagère	03	02,32
Commerçante	21	16,27
Elève	14	10,85
Sage-femme	02	1,55
Teinturière	03	2,32
Couturière	04	3,10
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Parmi les gestantes enquêtées 88,32% étaient mariées et 41,08% étaient ménagères

**Tableau VIII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon l'ethnie du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambara	54	41,86
Peulh	13	13,07
Malinké	11	08,52
Bozo	04	03,10
Sonrhäi	09	6,97
Soninké	06	04,65
Dogon	12	09,30
Tamashek	03	2,32
Bobo	06	4,65
Autres	11	8,52
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

L'ethnie bambara représentait la majorité 41,86%.

Autres ethnies : senoufo, kansoke, miniaanka, maure

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

<b>Profession du mari</b>	<b>Fréquence (n=114)</b>	<b>Pourcentage</b>
Commerçant	37	32,45%
Manœuvre	23	20,17%
Chauffeur	8	7,01%
Fonctionnaire	10	7,2%
Cultivateur	9	6,5%
Menuisier	7	5,1%
Mécanicien	4	2,9%
Marabout	3	2,2%
Electricien	2	1,4%
Pompier	1	0,7%
Convoyeur	1	0,7%
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100,0%</b>

Pour 32,45% des gestantes enquêtées avaient un mari commerçant.

### 7.3.2 Caractéristiques obstétricales des gestantes

**Tableau X : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la parité du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	29	22,50
Primipare	31	24,03
Pauci pare	39	30,23
Multipare	12	9,30
Grande multipare	18	13,95
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Les pauci pares représentaient 30,23%.

**Tableau XI : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la gestité du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	31	24,03
Pauci geste	59	45,73
Multi geste	23	17,82
Grande multi geste	16	12,40
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Parmi les gestantes 45,73% étaient des pauci gestes.

**Tableau XII: Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon le nombre de CPN du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1	16	12,40
2	23	17,82
3	31	24,03
4	59	45,73
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Pour 45,73% des gestantes avaient effectuées 4 CPN.

**Tableau XIII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon les antécédents du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Avortement	04	3,10
Mort-nés	01	1,29
Césarienne	08	6,20
Prématuré	05	3,87
Décès néonataux	03	2,32
Sans antécédents	108	83,72
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Les gestantes qui avaient un antécédent de césarienne étaient de 6,20%, par contre 83,72% des gestantes n'avaient pas d'antécédent.

### 7.3.3. Répartition des gestantes selon la réalisation des gestes et pratiques.

**Tableau XIV : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon l'accueil du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Accueil	Effectif de réalisation	Pourcentage
Salutations conformes aux normes sociales	85	65,89
Souhaite la bienvenue	39	30,23
Invite à s'asseoir	103	79,84
Se présente et présente aux autres membres de l'équipe	32	24,80
Demande ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance	99	76,74
Demande du carnet de la grossesse précédente	24	18,60

Les salutations étaient conformes aux normes sociales à 65,89% ; 79,84% des enquêtées étaient invitées à s'asseoir.



**Tableau XV : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon l'interrogatoire du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Interrogatoire</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Identification de la gestante	129	100
Recherche de l'antécédent gynéco obstétrique	129	100
Recherche des antécédents médico-chirurgicaux	123	95,34
Recherche de la carte de vaccination ou carnet du dernier enfant pour la VAT	117	90,69
Recherche la date des dernières règles	95	73,64
Recherche et enregistre les facteurs de risque et les maladies	84	65,11
Recherche de MAP	129	100
Relève les anomalies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	77	59,68

Toutes les gestantes ont été interrogées sur les paramètres tels que l'âge, la profession, Parmi les enquêtées les antécédents gynéco-obstétriques ont été recherchés à 95,34%.

**Tableau XVI : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon l'examen physique du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Examen physique</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Se laver les mains	121	93,79
Examen systématique de la tête aux pieds	117	90,69
Examens des seins	111	86,04
Mesure de la HU	129	100
Prise de la TA	114	88,37
Prise du poids	129	100
Mesure de la taille	129	100
Recherche de la vitalité fœtale	129	100
Recherche des cicatrices abdominales	117	90,69

La HU à été mesuré chez toutes les gestantes, la vitalité du fœtus a été recherche chez toutes les gestantes. Parmi les gestantes 90,69% ont été examinées de la tête aux pieds.

**Tableau XVII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon l'examen obstétrical du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Examen obstétrical</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Inspecte l'abdomen, le pelvis et palpe l'abdomen	129	100
Ausculte les BCF	129	100
Se laver les mains, port de gants	107	82,94
Place le spéculum pour observer le vagin et le col	129	100
Toucher vaginal combiné au palper abdominal	129	100
Recherche de la position fœtale	113	87,59
Examen du bassin	121	93,79

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal et l'inspection de l'abdomen et du pelvis a été systématique chez toutes les gestantes 100%. Le bassin a été examiné chez 93,79% des enquêtées.

**Tableau XVIII : Répartition des gestantes reçues au CSREF selon les tâches après les examens du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Taches</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Décontamine le matériel	115	89 ,14
Aide la gestante à se lever et s’habiller	44	34,4%
Calcul la date présumée de l’accouchement	127	98,44
Communique le résultat de l’examen à la gestante	94	72,86
Remplit le registre, carnet de santé, carte maternelle	129	100

Les tâches après examen étaient bien exécutées globalement. Parmi les gestantes 34,4% n’ont pas été aidé à se lever et s’habiller.

**Tableau XIX : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la prescription de soins préventifs du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Soins préventifs</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Vérifie et vaccine la gestante si nécessaire contre le tétanos, traite les affections dépistées	129	100
Dose la dose supervisée de SP	129	100
Donne du FAF	129	100
Administre le VAT pour la femme non vaccinée	129	100
Donne toutes les explications sur la prise des médicaments	103	79,84

La prescription du fer / acide folique a été systématique chez toutes les enquêtées.

**Tableau XX : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la prescription des examens para cliniques du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Examens para cliniques</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Groupage/rhésus	129	100
Test d'Emmel	121	93,79
Recherche d'albumine et de sucre dans les urines	84	65,11
NFS/taux d'hémoglobine	95	73,64
Sérologie VIH après counseling	96	74,41
Sérologie syphilis selon BW	114	88,37

Le groupage/rhésus était prescrit à 100%, la sérologie VIH après counseling à été demandé chez 74,41% de nos gestantes.

**Tableau XXI : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon les conseils pour la santé du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Conseils</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Si examens demandés vérifie et sensibilise la gestante à les faire	129	100
Discute du plan d'accouchement et des complications avec la gestante et du bien fondé de son mari	84	65,11
Cherche à rencontrer le mari pour son implication	03	2,32
Donne des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et alimentaire	129	100
Discute du programme de ses prochaines visites	129	100

Chez 2, 3% des enquêtées la rencontre du mari pour son implication n'a pas été sollicité par le prestataire, toute nos gestantes ont reçus des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et alimentaire.

**Tableau XXII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la communication interpersonnelle du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Communication interpersonnelle</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Ecoute attentivement la cliente	<b>89</b>	<b>66,99</b>
Utilise une communication positive non verbale	<b>62</b>	<b>48,06</b>
Utilise un vocabulaire approprié	<b>121</b>	<b>93,79</b>
Répète ce que dit la cliente ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend	<b>112</b>	<b>86,82</b>
Demande la cliente si elle a d'autres questions /problèmes à poser	<b>27</b>	<b>20,93</b>
Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien	<b>12</b>	<b>9,30</b>
Indique la date du prochain rendez-vous	<b>129</b>	<b>100</b>

La communication interpersonnelle était globalement satisfaisante ; 9,3 % de nos enquêtées n'ont pas été félicitées pour ce qu'elles font bien ; la date du prochain rendez-vous a été indiquée chez toutes les gestantes.



#### 7.3.4. Qualité des soins

**Tableau XXIII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la durée de la CPN du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Durée de la CPN</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 10 mn	2	1,6
10-20 mn	79	61,2
Plus de 20 mn	48	37,2
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

La majorité des CPN s'était déroulée entre 10-20 mn.

### 7.3.5. Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité des étapes de la CPN.

**Tableau XXIV : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité de l'accueil et de l'interrogatoire du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	80	62
Acceptable	22	17
Mauvais	27	21
<b>Interrogatoire</b>		
Bon	85	62
Acceptable	28	17
Mauvais	16	21

L'interrogatoire était bien conduit chez 62% des gestantes, et l'accueille était mauvais chez 21%

**Tableau XXV : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité de l'examen physique du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Examen physique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	108	83,7
Acceptable	15	11,6
Mauvais	6	4,7
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

L'examen physique était bien conduit chez 83,7% des gestantes.

**Tableau XXVI : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité de l'examen obstétrical du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Examen obstétrical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	122	94,6
Acceptable	3	2,3
Mauvais	4	3,1
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

L'examen obstétrical était bien conduit chez 94,6% des gestantes.

**Tableau XXVII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la prescription des soins préventifs du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Soins préventifs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	117	90,7
Acceptable	11	8,5
Mauvais	1	0,8
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

les soins préventifs étaient présent chez 90,7% des gestantes.

**Tableau XXVIII : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité des conseils pour la santé et des taches après examen du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Conseils</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	63	48,8
Acceptable	29	22,5
Mauvais	37	28,7
<b>Taches après examen</b>		
Bon	110	85,3
Acceptable	12	9,3
Mauvais	7	3,1

Les conseils étaient réussit chez 48,8% des gestantes. Les taches après examen étaient bien exécutées dans 85,3%.

**Tableau XXIX : Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité de la communication interpersonnelle du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Communication interpersonnelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	86	66,7
Acceptable	21	16,3
Mauvais	22	17
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Pour 17% des gestantes la communication interpersonnelle était mauvaise.

**Tableau XXX: Répartition des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati selon la qualité de la CPN du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Qualité de la CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	78	60,4
Acceptable	45	34,9
Mauvaise	6	4,7
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

La qualité de la CPN était bonne pour 60,4% des gestantes.

#### **7.4. Issue de la grossesse**

##### **7.4.1. Proportion des issues favorables et défavorables**

**Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon l'issue de la grossesse au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

<b>Issue</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Favorable	110	85,27
Défavorable	19	14,72
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

L'issue était favorable pour 85,27% des gestantes.

## Proportions des issues favorables et défavorables

<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Issue favorable	110	85,27
Issue défavorable	19	14,72
• mort-nés	02	1,55
• souffrance néonatale	09	6,97
• macrocéphalie	01	0,77
• prématuré	06	4,65

#### 7.4.2. Issue en fonction de l'âge

**Tableau XXXII: Issue en fonction de l'âge des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Age (année)	Issue	
	Favorable	Défavorable
< 20	21 (19,09%)	7 (36,84)
20-35	76 (69,09%)	9 (47,36)
> 35	13 (11,81%)	3 (15,78)
<b>Total</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

Chi<sup>2</sup>= 3,72                      p=0,16

Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'âge et l'issue de la grossesse (P=0,16). La proportion des femmes âgées de 20 à 35 ans avait l'issue favorable plus que celle de moins de 20 ans et de plus de 35 ans. Mais ne diffère statistiquement de celle-ci (p=16).

#### 7.4.3. Issue en fonction de la gestité

**Tableau XXXIII : Issue en fonction de la gestité des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Gestité	Issue	
	Favorable	Défavorable
Primigeste	73 (66,36%)	13 (68,42%)
Multi geste	37 (33,63%)	6 (31,57%)
<b>Total</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

Chi<sup>2</sup>= 0,01                      p=0,93 La relation entre la gestite et l'issue de la grossesse n'est pas significative statistiquement (p=0,93).

#### 7.4.4. Issue en fonction de la parité

**Tableau XXXIV : Issue en fonction de la parité des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Parité	Issue	
	Favorable	Défavorable
Nullipare	27 (24,54%)	02 (10,52%)
Primipare	57 (51,81%)	13 (68,42%)
Multipare	26 (23,63%)	04 (21,05%)
<b>Total</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

Chi<sup>2</sup>=2,29

P=0,31

Il n'existe pas de relation significative entre la parité et l'issue de la grossesse (P=0,31)



## 7.5. Relation entre CPN de qualité et issue

### 7.5.1. Issue et qualité de la CPN

**Tableau XXXV : Issue en fonction de la qualité de la CPN des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Qualité de la CPN	Issue	
	Favorable	Défavorable
Bonne	85 (77,27%)	02 (10,52%)
Acceptable	24 (21,81%)	07 (36,84%)
Mauvaise	04 (0,9%)	10 (52,63%)
<b>Total</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

$\chi^2=48,97$

$P<10^{-5}$

L'issue en fonction de la qualité de la CPN était favorable pour 110 gestantes

### 7.5.2. Issue selon le nombre de CPN

**Tableau XXXVI : Issue en fonction du nombre de CPN des gestantes reçues au Centre de Santé de Référence de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Nombre de CPN	Issue	
	Favorable	Défavorable
< 4	38 (34,54%)	14 (73,68%)
$\geq 4$	72 (65,45%)	05 (26,31%)
<b>Total</b>	<b>110 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

La majorité des gestantes ayant fait 4 CPN ont réalisé une issue favorable

$\chi^2=8,74$

$P=0,003$

**Tableau XXXVII : Répartition selon le type d'accouchement des gestantes reçues au CSREF de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Accouchement	Effectif (n=129)	Pourcentage
Eutocique	113	87,59
Dystocique	16	12,40

Les gestantes chez qui l'accouchement a été dystocique ont représenté 12,40%.

**Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Etat	Effectif (n=129)	Pourcentage
Non réanimé	116	89,92
Réanimé	8	6,20
Mort-né	2	1,55
Macrosomie	3	2,32

Chez 6,20% des nouveaux nés, une réanimation a été réalisée.

**Tableau XXXIX : Répartition des mères selon leur état après l'accouchement au CSREF de Kati du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014**

Etat	Effectif	Pourcentage
<b>Vivante</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Décédée</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Toutes les gestantes étaient vivantes après l'accouchement (100%).

**Tableau XXXX : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance**

Poids (grammes)	Effectif (n=129)	Pourcentage
1500-2500	26	20,15
2501-3500	84	65,11
3501-4000	19	14,72

Chez 65,11% des nouveaux nés le poids de naissance était compris entre 2501-3500

## **7.6. Caractéristiques du personnel**

### **7.6.1 Qualification des agents :**

Parmi les 14 agents interrogés, étaient retrouvées neuf sages-femmes, trois infirmière obstétricienne et deux matrones.

### **7.6.2 Temps au service de la CPN :**

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

### **7.6.3 Formation reçue et supervision :**

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

**Tableau XXXXI** : Niveau de qualité de la structure du Centre de Sante

Référence de Kati

Références	Niveau de qualités		Observation
	Bon	Mauvais	
Normes architecturales	+		Respecte toutes les normes architecturales pour un CSREF
Cour	+		Propre, les poubelles presents
Salle ou hall d'attente	+		Murs propres, sol propre, espace aéré, bancs en nombre insuffisant, présence d'affiches
Sale de consultation prénatale	+		Murs, sol propre, espace aéré, rideaux aux fenêtres, présence d'affiches, point d'eau fonctionnel
Organisation	+		Il y'avait une affiche indiquant l'organisation de la CPN
Matériels	+		Les matériels existant fonctionnels étaient : table d'examen, pèse-personne, toise adulte, gant/doigtier, réfrigérateur, mètre ruban, appareil à tension, calendrier 2013 La lampe d'éclairage, spéculum, estimateur de la date d'accouchement.

Le niveau de qualité de la structure du Centre de Sante Référence de Kati est bon

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

Caractéristiques	Fréquence (n=129)	Pourcentage
Qualification		
Sage-femme	<b>113</b>	<b>87,59%</b>
Infirmière obstétricienne	12	<b>9,30%</b>
Matrone	<b>3</b>	<b>2,32%</b>
Statut		
Fonctionnaire	<b>104</b>	<b>80,62%</b>
Contractuelle	<b>16</b>	<b>12,40%</b>
Stagiaire	9	<b>6,97%</b>

Parmi les gestantes enquêtées, 87,59% ont été examinées par les sages-femmes dont plus de la moitié était fonctionnaire soit un taux de 80,62%.

## 7.7. Opinions sur la CPN :

### 7.7.1. Opinions des gestantes

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

Opinions	Fréquence	Pourcentage
Satisfaction (n=129)		
Oui	<b>128</b>	<b>99,22%</b>
Non	<b>1</b>	<b>0,77%</b>
Motifs de satisfaction (n=129)		
Disponibilité du personnel	<b>126</b>	<b>97,67%</b>

Prise en charge	<b>128</b>	<b>99,22%</b>
Accueil	<b>125</b>	<b>96,89%</b>
Disponibilité des médicaments prescrits	<b>124</b>	<b>96,12%</b>
Temps d'attente court	86	<b>66,66%</b>
Appréciation (n=129)		
Coût des médicaments		
Moins cher	<b>120</b>	<b>93,02%</b>
Ne sait pas	5	<b>3,87%</b>
Cher	4	<b>3,10%</b>
Environnement de la maternité		
Très propre	<b>125</b>	<b>96,89%</b>
Passablement propre	4	<b>3,10%</b>

Parmi les gestantes enquêtées 99,3% étaient satisfaites des services de CPN. La disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué par les gestantes avec un taux de 98%. Selon 93,02% des gestantes, les médicaments étaient moins chers et 96,89% ont jugé que l'environnement de la maternité était propre.

## 7.8. Opinions du personnel

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

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

- *permet de détecter les anomalies au cours de la grossesse ;*
- *Suivi de la grossesse.*

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

Difficultés observées :

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

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

*Nombre élevé de gestante par rapport aux personnels qualifiés ;*

## DISCUSSION



## **XI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION**

Notre étude prospective a porté sur l'évaluation de la qualité des CPN au CS réf de Kati, elle s'est déroulée du 03 Novembre 2013 au 03 mars 2014 sur un échantillon exhaustif de 129 gestantes ; elle nous a permis :

- Décrire les caractéristiques des femmes qui font suivre leur grossesse au CS Réf de Kati en 2013
- Evaluer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes admises en consultation durant la période d'enquête.
- déterminer la fréquence des issues de grossesse chez les femmes admises au CS Réf de Kati durant la période d'enquête.
- Etablir la relation entre la qualité des CPN et l'issue de la grossesse.
- Proposer des approches de solutions en vue de l'amélioration de la qualité des CPN.

Enfin de recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité de la consultation prénatale au CS réf de Kati

Niveau de qualité des structures

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

Cette classification a été faite selon les références sur les quelles une observation a été faite. Et citer ci-dessus dans la méthodologie, il s agit des normes et procédure en CPN au Mali, version 2010

Ainsi, la structure du Centre de Sante de référence de Kati se présente comme suit :

La clôture était en bon état, la construction est faite en ciment. La cour était propre et il y avait une présence de poubelles. Le sol et les murs des salles

d'attente et de consultation étaient propres. La toilette était propre et accessible à tous.

L'organisation de la CPN était faite, car il y avait les affiches pour :

- l'énumération des tâches;
- le calendrier des activités de la maternité.

Les matériels étaient en nombre satisfaisant sauf le tensiomètre était gâté un moment pendant l'étude et fut remplacé par la suite ; la lampe d'éclairage et l'estimateur de la date d'accouchement étaient présents dans la salle de CPN.

A l'analyse de qualité de notre structure, le Centre de Santé de référence de Kati a été classé niveau de qualité bon.

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

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 à 24 ans a été la plus représentée avec un taux de 30,7% avec des âges extrêmes allant de 15 à 44 ans. 24,03% des gestantes avaient un âge inférieur ou égal à 20 ans et 24,79% avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans. Ce résultat est différent à celui Camara D [16] qui a trouvé que la tranche d'âge 16-23 ans a été la plus représentée 60,5% des cas avec des extrêmes allant de 16 à 41 ans. Plus de la moitié de nos gestantes (34,11%) n'avaient aucun niveau d'instruction. Ce taux est différent à celui de Camara D [16], qui a trouvé 66,0%. Ceci peut s'expliquer par le fait que Kati a un statut de ville urbaine.

Les résultats d'une étude faite sur la fécondité par l'EDS-M IV montrent que le niveau d'instruction de la mère influence légèrement la durée de l'intervalle inter gènesique: en effet, sa valeur médiane varie d'un minimum de 31,7 mois

pour les naissances des femmes sans instruction à un maximum de 37,6 mois pour celles dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.[6]

La majorité des gestantes, (88,37%) étaient mariées. Ce taux est différent à celui de Camara D [16] qui avait trouvé 66%.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses soit 41,08% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 4,65%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisés étaient les plus représentées. Ce taux est différent à celui de Camara D [16] qui était 83,5%.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement [6].

#### Conditions d'accueil

Le bambara a été la langue de communication la plus utilisée avec un taux de 97,7%. Il y'avait seulement quatre (04) gestantes qui ne parlaient pas ou avaient des difficultés de prononciation de la langue bambara, pour qui les interprètes appropriés ont été cherchés. Les gestantes étaient saluées conformément aux convenances sociales par les agents dans 65,89%. Les gestes comme souhaite la bienvenue, invite à s'asseoir, Se présente et présente aux autres membres de l'équipe n'étaient pas suffisamment pratiqués avec respectivement 30,23%, 76,74% et 24,80%. Cela s'explique par le fait que les chaises étaient en nombre insuffisant, les gestantes ne respectaient pas l'ordre d'arrivée. Au lieu de souhaiter la bienvenue les agents se mettaient à maintenir l'ordre, ce qui favorisait les cafouillages et les disputes dans la salle de consultation. Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ; demander du carnet de grossesse et informer la femme du déroulement de la CPN étaient les gestes les moins pratiqués avec respectivement 24,8% ; 18,6% et 8,0%. La présentation et l'information ont pour objectif de rassurer et de mettre en confiance les gestantes. Elles permettent aux gestantes d'avoir du plaisir de venir à chaque rendez-vous.

L'accueil était de faible qualité. Ce constat est différent de celui de Camara D qui trouvait que l'accueil était de bonne qualité. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y avait beaucoup de gestantes lors de la CPN et que les agents étaient pressés de prendre tout les gestantes.

#### Examen physique et obstétrical

Concernant l'examen physique nous avons constaté que certains gestes tels que se laver les mains avant et après l'examen et l'examen systématique de la tête aux pieds n'étaient pas bien exécutés. Ce résultat est similaire a celui de Camara D [16] .

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

EN ce qui concerne les examens obstétricaux tels que le toucher vaginal, la mesure de hauteur utérine et la recherche de la vitalité fœtale ont été réalisés chez la quasi-totalité des gestantes. Ce résultat est similaire à celui de Camara D [16].cela peut s expliquer par le fait la supervision nationale a passe pendant l étude

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

Selon les normes et procédures de la CPN au Mali [14] les examens complémentaires doivent être demandés dès la 1<sup>ere</sup> consultation, ils sont souvent indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse.

Dans notre étude les examens complémentaires tels que le groupage/rhésus, le test d'Emmel, la recherche d'albumine et le sucre dans les urines ont été demandé chez presque toutes les gestantes avec respectivement 100%, 93,79% et 65,11%. Ce résultat est de loin supérieur à celui de Camara D qui a trouvé 7,0% pour le groupage/rhésus. Le dépistage du VIH /SIDA en vue du

programme de la PTME (transmission mère enfant du VIH) a été demandé dans 74,41%. Ce résultat est supérieur à celui de Camara D où le dépistage de VIH/SIDA était demandé à 62,5%. Ce constat s'explique par la présence d'une unité de lutte contre le VIH SIDA.

Presque toutes les gestantes ont reçu des conseils sur l'hygiène corporelle, l'utilisation des produits nocifs ; le repos ; l'allaitement maternel exclusif et la prévention du paludisme par la TPI et le MII soit 100%.

#### **4. Issue de la grossesse**

L'issue de la grossesse chez nos gestantes a été favorable pour 110 gestantes, soit 85,27% et défavorables dans 14,72 des cas. Ces issues défavorables étaient constituées de 8 cas de souffrance néonatale, de 2 mort-nés, 3 cas de macrosomie et 6 cas de prématurités. Par ailleurs seulement 2 des gestantes ayant bénéficiées d'une CPN de bonne qualité ont connu une issue défavorable. La CPN a été de mauvaise qualité chez 4 gestantes, seulement une a connu une issue favorable. Ces résultats démontrent que les CPN de bonnes qualités aident à dépister les facteurs de risque de la grossesse et traiter les affections. Ce qui assure à la gestante les conditions optimales pour son accouchement. Nos résultats ont pu démontrer que l'absence de CPN ou une CPN de faible qualité était la source de complications maternelles chez nos gestantes.

A noter que la connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes, car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse ; les antécédents obstétricaux ont été recherchés chez toutes les gestantes.

#### **Opinion des gestantes**

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

au centre. Ce résultat s'explique par le fait que la majorité des prestataires avaient moins d'expérience.

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

#### Opinion des agents

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

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

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

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

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

#### Difficultés observées :

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

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

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

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

## **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**



## **X. Conclusions et recommandations**

### **10.1. Conclusion**

Il s'agit d'une étude prospective à visé évaluative sur la qualité de la consultation prénatale qui s'est déroulée du 03 Novembre 2013 au 03 Mars 2014 au centre de sante de référence de Kati. Au cours de l'étude on a pu analyser la qualité de la structure sanitaire, la qualification et les prestations du personnel l issue de la grossesse et enfin l'opinion des gestantes et du personnel sur la CPN.

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CS réf de Kati est de niveau qualité bonne c'est-à-dire que les références évaluées sont satisfaisantes.

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

Presque la totalité des gestantes étaient satisfaites des services de CPN ; la disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué. Pour la majorité des femmes enquêtées les médicaments sont moins chers et l'environnement de la maternité est propre. Les agents interrogés étaient

satisfaits de faire la CPN. La moitié des agents avaient fait plus de 4 ans au service de la CPN et 2 seulement ont fait la formation il y'a plus de 5 ans. A noter que la supervision nationale et régionale ont passé pendant l'étude

## **10.2. Recommandations**

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

### **Aux personnels de santé :**

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

### **Aux membres du comité de gestion du Cs réf :**

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

### **Aux autorités politiques et administratives :**

- Adopter une politique de gratuité de la CPN ;
- organiser des émissions radiophoniques sur la CPNR ;
- promouvoir la scolarisation des filles ;
- mettre en place un système de prise en charge des démunis.

**Aux consultantes :**

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

## REFERENCES

## **XI. REFERENCES**

### **1. Organisation Mondiale de la Santé**

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

### **2. Organisation Mondiale de la Santé**

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

### **3. Organisation mondiale de la Santé**

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

### **4. Organisation des Nations Unies**

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

### **5. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale**

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

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

### **7. Franklin BOUBA DJOURDEBBE**

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

### **8. USAID**

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

## **9. Organisation Mondiale de la Santé**

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours :

Genève : OMS ; 2000

## **10. Banque Mondiale**

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

## **11. Organisation Mondiale de la Santé**

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

Rapport final. Libreville : OMS ; 1995

## **12. Quevison, K.**

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

## **13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**

Santé maternelle en Afrique francophone

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

## **14. Direction Nationale de la Santé/ Mali**

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

## **16. Daouda Camara**

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

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

# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

Grille d'observation de la CPN

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

Date d'observation.....

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

### I. Caractéristiques sociodémographiques de la gestante

Nom.....

Prénom.....

1) Age :

2) Ethnie /\_\_\_\_\_/ 1=Bambara 2= Peuhl ; 3 =Malinké ; 4= Bozo ; 5= Sonrhäï ; 6 =Soninké ; 7= Dogon ; 8= Autres

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

4) Niveau d'instruction /\_\_\_\_/ 1=Aucun, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4= Supérieure

5) Etat matrimonial /\_\_\_/ 1= Célibataire, 2= marié, 3= Veuve, 4= Divorcée

6) Résidence.....  
.....

7) Nombre de CPN réalisées .../\_\_\_/ .....

8) Age de la grossesse :

### II. Caractéristiques du personnel qui a pris en charge la gestante

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



2) Statut /\_\_\_/ 1= Fonctionnaire, 2= contractuel, 3= Stagiaire, 4= autres

3) Durée dans la CPN

4) Formation reçue en cours d'emploi :

### III. aspects de la CPN

#### a) ACCUEIL

a1) Salutation conforme aux convenances sociales /\_\_\_\_\_/ 1 =oui 2 non

a2) Souhaite la bienvenue /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

a3) Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui, 2=non

a4) Se présente et présente aux autres membres de l'équipe /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

a5) Demande ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

a6) Langue de communication /\_\_\_\_\_/ 1 =Français, 2= Bambara, 3= Autres

a7) Consultante comprenait-elle la langue ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui, 2= non

a8) Si non a-t-on fait appel à un interprète ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui 2= non

a9) Demande du carnet de la grossesse précédente /\_\_\_\_\_/ 1= oui présent ; 2= non absent

### B. INTERROGATOIRE

b1) Identification de la femme : Demander le nom, prénom, âge, profession, adresse

b2) Profession du mari /\_\_\_\_\_/ 1 cultivateur, 2= commerçant, 3= Fonctionnaire, 4= Manœuvre, 5= Autres

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

Interrogatoire/Antécédents

b3) Informe la femme du déroulement de la consultation /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b4) Recherche l'antécédent gynéco obstétrique /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b5) Recherche les antécédents médicaux et chirurgicaux (HTA, diabète, césarienne.....)

b6) Recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé du dernier enfant pour la vaccination antitétanique

b7) Date des dernières règles /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b8) Rechercher et enregistrer les facteurs de risque et les maladies /\_\_\_\_\_/  
1= oui ; 2= non

Relever les anomalies, tels que :

B9) menace d'accouchement prématuré ; /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

B10) les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre. /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation du risque.

### C. EXAMEN PHYSIQUE

c1) Se laver les mains avant et après l'examen /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2= non

c2) Examiner la peau, les yeux, la bouche et palper la glande thyroïde

Recherche les œdèmes au visage /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c3) Ausculter le cœur, palper la partie supérieure de l'abdomen /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c4) Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c5) Prise de la tension artérielle /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

c6) Prise du poids /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c7) Mesure de la taille /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c8) Examen systématique de la tête aux pieds) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c9) Examiner les seins /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c10) cicatrices abdominales /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c11) Mesure de la hauteur utérine /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c12) Recherche la vitalité fœtale (mouvements fœtaux actifs, bruits du cœur fœtal) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c13) Recherche la position du fœtus (36 S.A) 1= oui ; 2= non

c14) Examen au speculum /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c15) Toucher vaginal /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

#### D. Procéder à l'examen obstétrical

d1) Se laver les mains et porter des gants /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d2) Faire l'inspection de l'abdomen, du pelvis et palper l'abdomen /\_\_\_\_\_/  
1= oui ; 2= non

d3) mesurer la hauteur utérine et ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF)  
/\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d4) Placer le spéculum ; observer le col et le vagin /\_\_\_\_\_/ 1= oui ;  
2= non

d5) Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, au besoin /\_\_\_\_\_/  
1= oui ; 2= non

d6) Examiner le bassin /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

#### E. Tâches après l'examen physique

e1) Décontamine le matériel : gant ; spéculum /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2= non

e2) Aide la femme à se mettre dans la position assise /\_\_\_\_\_/ 1= oui ;  
2= non

e3) Calcule la date présumée de l'accouchement /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=

e4) Communique le résultat de l'examen à la femme /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

e5) Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;

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

#### F. Examens para cliniques demandés

f1) Groupage/rhésus /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f2) Test d'Emmel /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f3) Sérologie VIH après counseling /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f4) Recherche l'albumine et le sucre dans les urines /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f5) Sérologie syphilis selon la technique de BW

f6) NFS/taux d'hémoglobine.

#### G. Conseils pour la santé

g1) Si examens demandés avant, vérifier les résultats ou sensibiliser la femme pour faire les examens.

g2) Discute du plan d'accouchement et des complications avec la femme et du bien-fondé de l'implication de son mari /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

g3) Cherche une possibilité de rencontrer le mari pour son implication /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

g4) Donne des conseils sur : nutrition, l'hygiène alimentaire et l'hygiène de vie : œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, sel iodé et éviter les excitants. Hygiène corporelle ; utilisation des produits nocifs (alcool, tabac) ; repos et l'activité ; allaitement maternel exclusif et à la demande; prévention du paludisme par la TPI et le MII /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=non

g5) Discute du programme de ses prochaines visites ( Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

g6) Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques /\_\_\_\_\_/

g7) Donner des conseils sur la supplémentation en fer et acide folique /\_\_\_\_\_/

H. Prescrire les soins préventifs :

h1) Vérifier et vacciner la femme si nécessaire contre le tétanos

Traite les affections dépistées /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h2) Donne la dose supervisée de SP à partir de 16 S.A /\_\_\_\_\_/ 1= oui ;

2= non

h3) Donne du fer/acide folique /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h4) Donne du mébendazole à partir de 16 S.A /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h5) Administre le VAT pour la femme non vaccinée /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=

non

h6) Donne toutes les explications sur la prise des médicaments /\_\_\_\_\_/

1= oui ; 2= non

### **I. Communication interpersonnelle**

i1) Ecoute attentivement la cliente /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i2) Utilise une communication positive non verbale (sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i3) Utilise un vocabulaire approprié /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i4) Répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i5) Demande la cliente si elle a d'autres questions/problèmes à poser /\_\_\_\_\_/

1= oui ; 2= non

i6) Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i7) Indique la date du prochain rendez-vous /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

## Guide d'entretien individuel avec les utilisatrices

### 1. Identification

1.1 Date :.....

1.2 Formation sanitaire :.....

1.3 Age de l'utilisatrice :.....

1.4 Parité :.....

1.5 Gestité :.....

1.6 Profession :.....

1.7 Lieu de résidence :.....

### 2. Satisfaction :.....

2.1 Etes- vous satisfaites des services de consultation que les agents de santé viennent de vous offrir ?      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

Si oui, lequel (ou lesquels) des services suivants vous a (ont) donné satisfaction ?

- Accueil : l'agent salue ou répond poliment à votre salutation, vous fait asseoir, vous demande le motif de votre et vous explique le déroulement de l'examen      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Prise en charge : déroulement de l'examen physique comme souhaité, travail évolution de la grossesse, conseils donnés sur l'hygiène, la nutrition, le, la prise des médicaments, le prochain rendez-vous

Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Disponibilité du personnel (agent de santé consacre son temps aux clients au lieu d'être occupé à faire autre chose aux heures de travail) :      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Disponibilité des médicaments prescrits (fer, sulfadoxine pyriméthamine, chloroquine) : Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Temps d'attente : long /\_\_/      court /\_\_/

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

- Cher /\_\_/
- Moins cher /\_\_/

2.4 Comment trouvez-vous l'environnement de la maternité (cours, salle D'attente, salle de consultation, toilettes) ?

- Agréable /\_\_/
- Peu agréable /\_\_/
- Non agréable /\_\_/

Fiche sur l'issue de la grossesse

Etat du nouveau-né

Nouveau né vivant /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

- Sexe
- Poids
- Apgar à 1mn
- Apgar à 5 mn

Si vivant a-t-il été réanimé 1=oui 2=non

Si oui pourquoi ?

Mort né /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

Frais /\_\_\_\_\_/

Macéré /\_\_\_\_\_/

Avortement /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Fausse couche /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Complication à l'accouchement

Référence mère

### Etat mère

- vivante
- décédée

### Type accouchement

- accouchement à terme
  - eutocique
  - dystocique
  - forceps
  - dirigé
  - si dystocie ou forceps préciser la cause
- accouchement prématuré
  - par voie basse
  - par césarienne
  - si dystocie ou forceps ; préciser la cause.....

### Annexe1 : Grille d'observation de l'environnement physique

Eléments à observer	OUI /NON	score
La cour		
Espace vert Propre et bien tondu		
Présence de poubelles		
Salle ou hall d'attente		
Murs Propres		
Sol propre		
Espace aéré		
Bancs ou chaises en nombre suffisant		
Présence d'affiches		



Existence de pots de fleurs pour la décoration		
Existence de poste téléviseur ou radio		
Salle de consultation		
Murs Propres		
Sol propre		
Espace aéré		
Rideaux aux fenêtres		
Présence d'affiches		
Point d'eau fonctionnelle		
Toilettes		
Fonctionnelles		
Murs propres		
Sol propre		
Accessibles à tous		
Total		

## Annexe 2 : Grille d'observation du matériel

Formation

sanitaire :.....

Date :.....

COTATION :

Nombre existant = 1

Non existant = 0

Nombre existant fonctionnel =

Matériel biomédical	NE	NEF	NENF	SCORE
Table d'examen gynécologique				
Pèse-personne				
Toise adulte				
Stéthoscope obstétrical				
Spéculum				
Lampe d'éclairage				
Gants/Doigtier à usage unique				
Bandelettes réactives (albumine-sucre)				
Stérilisateur à vapeur				
Réfrigérateur				
Mètre ruban				
Appareil à tension + stéthoscope médical				
Calendrier 2014				
Estimateur de la date d'accouchement				
Ordinogramme				
Total				

### **LISTE DES VARIABLES DISCRIMINATOIRES**

Les variables suivantes sont considérées comme discriminantes, si l'une vient à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins dans la catégorie mentionnée. Les tableaux ci-dessous sont structurés selon le domaine de qualité défini préalablement.

Catégories	Variables discriminantes
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• salutations conformes aux convenances sociales</li> <li>• souhaite la bienvenue</li> <li>• invitation à s'asseoir</li> <li>• présentation</li> <li>• demande du carnet de la dernière grossesse</li> </ul>
Qualification du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seul un médecin, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne doit pratiquer une CPN</li> </ul>
interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identification de la gestante</li> <li>• le praticien doit demander les antécédents obstétriques et médicaux</li> <li>• rechercher et enregistrer les facteurs de risque</li> <li>• rechercher la date des dernières règles</li> <li>• recherche la carte de vaccination</li> </ul>
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mesure de la HU</li> <li>• mesure de la taille</li> <li>• prise du poids</li> <li>• examen systématique de la tête aux pieds</li> <li>• recherche de la position fœtale</li> <li>• examen au spéculum</li> <li>• toucher vaginal combiné au</li> </ul>

---

Examens para cliniques	<p>palper abdominal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen du bassin</li> <li>• les examens comme le groupage/rhésus, la NFS/taux d'hémoglobine, le test d'Emmel, la recherche de sucre et d'albumine dans les urines, le test VIH après counseling et la sérologie BW doivent être demandés</li> </ul>
Conseils pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le praticien doit donner des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et aussi sur l'hygiène alimentaire.</li> </ul>
Soins préventives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il doit donner du FAF, de l'albendazole, du SP.</li> </ul>
Communication interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le praticien doit écouter la patiente, utiliser un vocabulaire approprié et une communication positive non verbale</li> </ul>

---

## **FICHE SIGNALITIQUE :**

**NOM :** Guindo

**PRENOM :** Issa Kouriba

**NATIONALITE :** Malienne

**TITRE DE LA THESE :** Influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le CSREF de Kati

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2013-2014

**VILLE DE SOUTENANCE :** BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE :** République du Mali

**LIEU DE DEPOT :** bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomologie de l'université de Bamako.

**SECTEUR D'INTERET :** Santé publique – Gynécologie et obstétricale.

### **RESUME DE LA THESE :**

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CS réf de Kati est de niveau qualité bonne c'est-à-dire que les références évaluées sont satisfaisantes.

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

Presque la totalité des gestantes étaient satisfaites des services de CPN ; la disponibilité du personnel a été le motif de satisfaction le plus évoqué. Pour la majorité des femmes enquêtées les médicaments sont moins chers et l'environnement de la maternité est propre. Les agents interrogés étaient satisfaits de faire la CPN. La moitié des agents avaient fait plus de 4 ans au service de la CPN et 2 seulement ont fait la formation il y'a plus de 5 ans. A noter que la supervision nationale et régionale ont passe pendant l'étude.

**MOTS CLES : influence, qualité, consultation prénatale, issue de la grossesse.**

# 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 je 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 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.